

Chủ biên: HOÀNG GIA

Chăm sóc
BỆNH
trong
GIA ĐÌNH

Tập

2



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

CHỦ BIÊN: HOÀNG GIA

**CHĂM SÓC BỆNH
TRONG GIA ĐÌNH**

Tập II

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 rảnh rỗi 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 độc giả.

Xin chân thành cảm ơn!

Các tác giả

MỤC LỤC

Chương 1: Các bệnh thần kinh	11
Tăng áp lực nội sọ	11
Các hội chứng não	13
Hội chứng tiểu não	16
Hội chứng tháp	17
Liệt nửa người	18
Liệt hai chi dưới	19
Trạng thái tâm thần	20
Các hôn mê	21
Bệnh não tăng huyết áp	27
Bệnh não trẻ em	29
áp xe não	31
Chấn thương não	34
Chảy máu màng não	36
U não	39
Đau dây thần kinh	41
Đau dây thần kinh hông	44
Bệnh động kinh	48
Thoát vị đĩa đệm đốt sống	53
Nhức đầu	56
Nhức nửa đầu	58

Đau đầu chi	60
Chứng ngủ rũ	61
Mê sảng	62
Hội chứng chóng mặt do tai	64
Bệnh Parkinson	66
Tai biến mạch máu não	70
Xơ cứng động mạch não	75
Viêm dây thần kinh	77
Viêm nhiều dây thần kinh	78
Viêm màng não	83
Viêm rễ thần kinh	85
Bệnh Zona	86
Bệnh Alzheimer	90
Viêm não do vi rút	91
Chương 2: Các bệnh xương khớp	94
Đau lưng	94
Loạn dưỡng phản xạ chi trên	96
Viêm cơ	97
Trượt đốt sống	99
Viêm toàn sụn	100
Bệnh u sụn	100
Bệnh tạo xương	101
Viêm xương	102
Viêm xương - tuỷ cấp tính	103

Viêm đốt sống	105
Bệnh loãng xương	108
Bệnh loãng xương mãn kinh	110
Bệnh nhuyễn xương	112
Bệnh Paget	115
Bệnh u xương	118
Bệnh viêm khớp nhiễm khuẩn	119
Viêm khớp do vi khuẩn sinh mủ	120
Viêm khớp do trực khuẩn lao	121
Viêm nhiều khớp gốc chi già	122
Viêm nhiều khớp mạn tính tiến triển	123
Viêm quanh khớp vai - cánh tay	131
Bệnh thấp	134
Bệnh thấp khớp cấp	134
Viêm cứng khớp sống	139
Bệnh hư khớp xương	142
Bệnh khớp do thần kinh	147
Lệch khớp	149
Chương 3: Các loại nhiễm độc	152
Nhiễm độc thuốc phiện	152
Nhiễm độc rượu và cồn ethylic	156
Nhiễm độc carbon monooxyd	159
Nhiễm độc ét xăng và dầu hoả	161

Nhiễm độc nicotin	162
Ngộ độc amphetamin	163
Nhiễm độc các loại thuốc ngủ	165
Nhiễm độc asen (arsenic)	168
Các loại thuốc có thuốc phiện	171
Nhiễm độc cocain và các thuốc tê dẫn xuất của cocain	175
Nhiễm độc thức ăn	178
Chương 4: Bệnh do tác nhân vật lý	184
Say nóng	184
Chuột rút	186
Nhiễm lạnh	187
Bệnh do chuyển vận	188
Chương 5: Các bệnh mạch máu ngoại vi	190
Cóng lạnh	190
Cước	191
Chứng đỏ đầu chi	192
Giãn tĩnh mạch	192
Loét giãn tĩnh mạch	194
Xanh tím đầu chi	196
Viêm tĩnh mạch	197
Viêm bạch mạch	201
Viện nghẽn tắc mạch	203
Phình động mạch ở các chi	206

Phình động - tĩnh mạch	207
Giãn mao mạch xuất huyết	208
Suy động mạch cấp tính	209
Suy động mạch mạn tính	211
Bệnh Raynaud	214
U mạch máu	216
Chương 6: Bệnh của các tuyến nội tiết	218
Rối loạn kinh nguyệt	218
Dậy thì sớm	224
Mãn kinh	226
Vô sinh	228
Hội chứng tiền kinh nguyệt	232
Viêm nội mạc tử cung chảy máu	234
Giảm năng buồng trứng	237
Rối loạn hormon trong thời kỳ thai nghén và hậu sản	242
Khối u buồng trứng	246
Hội chứng Stein - Leventhal	248
Hội chứng sinh dục - thượng thận	249
Hội chứng phì - sinh dục	255
Giảm năng tinh hoàn	256
Khối u tinh hoàn	259
Hội chứng ấu tinh hoàn	261
Tăng tiết folliculin	263

Bướu giáp	264
Bệnh Ba-zơ-dô (Basedow)	268
Viêm tuyến giáp	274
Bệnh đái tháo nhạt (diabete insipide)	276
Ung thư tuyến giáp	279
Giảm năng tuyến cận giáp	281
Bệnh tetani	282
Phù niêm	286
Phù niêm bẩm sinh	288
Phù niêm của người lớn	291
Phù niêm do tuyến yên	295
Bệnh Addison	296
Hội chứng Turner	300
Bệnh to cực	301

Chương 1

CÁC BỆNH THẦN KINH

TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ

1. Định nghĩa

Tăng áp lực nội sọ chủ yếu là tăng áp lực dịch não tủy. Đó là hội chứng lâm sàng học trong đó sự ứ đọng nước ở trong sọ không được bù bởi các cơ chế điều chỉnh tuần hoàn não.

2. Nguyên nhân

- Tăng áp lực nội sọ không do khối u:
 - + Nguyên nhân mạch máu: tăng áp lực động mạch trong bệnh não do tăng huyết áp, tổn thương tĩnh mạch xảy ra trong bệnh, viêm nghẽn tĩnh mạch ở trong sọ, bệnh phồng mạch và bệnh u mạch gây tổn thương ở tĩnh mạch và có tổ chức tân tạo của mạch máu.
 - + Nguyên nhân viêm: gặp trong bệnh áp xe não giai đoạn đầu và bệnh viêm não.
 - + Chấn thương: tăng áp lực nội sọ có thể xảy ra ngay hoặc sau một thời gian.
 - + Bệnh màng não: viêm màng não cấp, viêm màng não thanh dịch.
- Tăng áp lực nội sọ do khối u: đó là biến chứng thường gặp và nặng của u não. Tổn thương này gây tăng áp lực nội sọ do: tắc nghẽn, do phản ứng phù nề quanh tổ chức tân tạo và do tăng khối nội não.

3. Triệu chứng lâm sàng

Đo áp lực dịch não tủy bằng cách chọc ống sống thất lưng không giúp ích cho việc chẩn đoán tăng áp lực sọ não.

Các triệu chứng lâm sàng học của tăng áp lực trong sọ rất quan trọng cho chẩn đoán bệnh.

a. Hội chứng đau

- Nhức đầu: là dấu hiệu có ý nghĩa quan trọng.
- Đau gáy và cổ, có khi đau vùng cổ lan ra vùng cằm.

b. Rối loạn thần kinh thực vật

- Nôn: nôn đột ngột vào buổi sáng, xảy ra khi thay đổi tư thế và có thể gặp dấu hiệu nôn vọt.
- Rối loạn tiêu hoá: cần chú ý cơn đau gan kèm nhức đầu và nôn.
- Tim đập chậm: có thể trùng với dấu hiệu nhức đầu và nôn.
- Rối loạn vận mạch: ra mồ hôi, rối loạn nhiệt độ.

c. Rối loạn tâm thần: mệt mỏi, đờ đẫn, choáng váng và có thể lú lẫn.

d. Rối loạn vận động

- Liệt dây thần kinh số VI.
- Thay đổi của phản xạ gân.
- Rối loạn trương lực: cứng gáy, cơn co cơ kịch phát có tiến triển xấu.
- Rối loạn thính giác.
- Rối loạn tiền đình (chóng mặt)

e. Rối loạn về mắt

- Ứ máu ở điểm mù.
- Giảm thị lực, có thể thông manh do teo dây thần kinh thị giác.

f. Các cơn co giật: cơn co giật cứng - rung, kèm mất ý thức ban đầu.

4. Tiến triển

Bệnh tăng áp lực nội sọ có thể tiến triển xấu do tai biến của việc chọc ống sống thất lưng. Tai biến này là lọt não trong sọ (tụt não) vì chọc ống sống thất lưng làm giảm đột ngột áp lực của dịch não tủy trong phần dưới của hệ thần kinh.

5. Điều trị

- Điều trị phụ thuộc chủ yếu vào nguyên nhân tăng áp lực nội sọ.
- Cắt bỏ u não cầu được áp dụng.

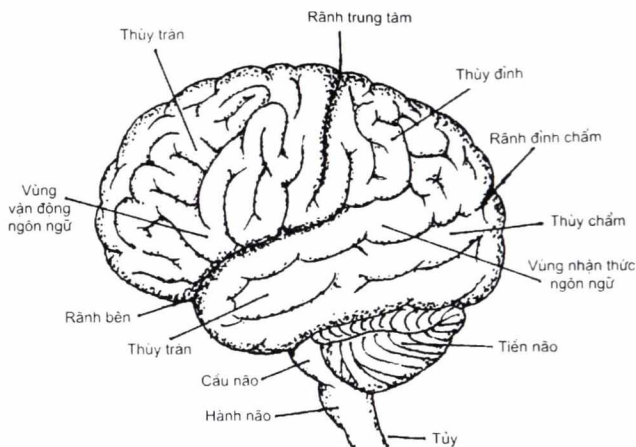
CÁC HỘI CHỨNG NÃO

1. Thủy trán

Thủy trán gồm phần ba trước của bán cầu não, giới hạn sau của nó là rãnh Rolando và rãnh Sylvius.

a. Phần trước: là trung tâm của chức năng trí tuệ và tâm thần cao cấp.

b. Vùng hố mắt - trán: có liên quan với vùng đồi thị. Tổn thương ở vùng đồi thị có thể gây ra bệnh tâm thần, có dấu hiệu lo lắng, ám ảnh, tâm thần phân liệt.



Sơ đồ vỏ não

c. *Vỏ vận động (hồi trán lên)*: mỗi vùng của vỏ vận động hồi trán lên chỉ huy các động tác của một phần cơ thể.

d. *Trung tâm vận động ngôn ngữ (trung tâm Broca)*: trung tâm này chỉ huy các hành vi phức tạp và có thủ tục. Ví dụ: nắm hai bàn tay cùng một lúc rồi cùng buông ra đột ngột.

2. Thùy đỉnh

Thùy đỉnh được đánh giới hạn ở phía trước bởi rãnh Rolando, ở dưới bởi rãnh Sylvius và ở sau bởi khe đỉnh - chẩm.

a. *Vỏ cảm giác (hồi đỉnh lên)*: thùy đỉnh nhận các cảm giác của da, cơ, khớp và gân ở bên đối diện của cơ thể. Vỏ cảm giác không có giới hạn rõ rệt.

b. *Vùng tâm thần - giác quan*: vùng này nằm ở phía sau hồi đỉnh lên, là trung tâm các giác quan được tạo ra và ghi lại. Vùng này cho khả năng nhận biết một đồ vật bằng xúc giác.

3. Thùy chẩm

Thùy chẩm nằm ở cực sau của não, có chức năng nhận thị trường của ánh sáng chiếu lên bán cầu của phía đối diện. Ví dụ: nửa trái của thị trường chiếu lên bán cầu phải và ngược lại.

4. Thùy thái dương

Thùy thái dương được ngăn cách với các thùy trán và thùy đỉnh bằng rãnh Sylvius. Nó nằm trong hố giữa của sọ.

Thùy thái dương là trung tâm thính giác, khứu giác và giác quan ngôn ngữ.

5. Thể vân

Thể vân nằm ở đáy của mỗi bán cầu. Nó được cấu tạo bởi các nhân xám, ngăn cách nhau bởi các sợi của bao trong.

6. Lớp thị giác hoặc đồi thị

Lớp này nằm ở mỗi bên não thất ba.

Hệ thống đồi thị - thể vân kiểm soát hệ tiền đình tiểu não và hoạt động phản xạ của tủy bằng những kích thích có tính chất chủ yếu là ức chế.

7. Vùng dưới đồi

Vùng dưới đồi có vị trí ở trong sàn của não thất ba và quanh cửa rãnh Sylvius.

Vùng này có chức năng:

- Kiểm soát hệ thần kinh thực vật và chuyển hoá.
- Điều hòa thân nhiệt.
- Điều hòa thăng bằng nước.
- Điều hòa chuyển hoá mỡ.
- Điều hòa trạng thái ý thức.

- Điều hòa các biện pháp tăng trương lực giao cảm hoặc phó giao cảm kèm: đỏ da, chảy nước mắt, tăng tiết nước bọt và toát mồ hôi.
- Điều hòa hiện tượng tăng vận động và tăng tiết dạ dày do dây thần kinh phế vị khởi phát, có tác dụng ngăn ngừa loét dạ dày.

HỘI CHỨNG TIỂU NÃO

1. Định nghĩa

Hội chứng tiểu não có đặc điểm là: rối loạn thăng bằng run hữu ý, giảm trương lực cơ, rung giật nhãn cầu và rối loạn lời nói.

2. Nguyên nhân

- Tổn thương viêm thành ổ (áp xe) ở tiểu não.
- Tổn thương mạch máu (chảy máu, nhũn tiểu não).
- U tiểu não, u thần kinh thính giác.
- Teo tiểu não tiên phát hoặc di truyền.

3. Triệu chứng lâm sàng

- Rối loạn thăng bằng: thể hiện qua các dấu hiệu
 - + Sai lầm hoặc quá tầm động tác.
 - + Mất tính chất đồng vận động: các động tác phức tạp bị phân hoá làm nhiều thì.
 - + Có khuynh hướng ngã khi đứng.
 - + Bước đi loạn xạ và có xu hướng nghiêng về bên tổn thương.

- Giảm trương lực cơ.
- Rung giật nhãn cầu.
- Rối loạn lời nói: nói nhát gừng kèm nhãn mất.
- Có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ trong trường hợp u hoặc áp xe.

HỘI CHỨNG THÁP

1. Định nghĩa

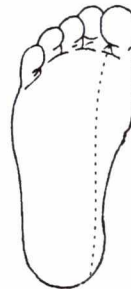
Hội chứng tháp là những rối loạn vận động gây nên bởi tổn thương đường bó tháp.

2. Triệu chứng lâm sàng

Đường tháp có chức năng vận động hữu ý là chủ yếu, ức chế trương lực cơ và các phản xạ gân.

Triệu chứng chính của hội chứng tháp là:

- Liệt nhẹ hoặc liệt các động tác hữu ý.
- Tăng trương lực cơ.
- Tăng phản xạ gân, rung giật bàn chân và bánh chè.
- Mất phản xạ da bụng và cơ bìu.
- Xuất hiện phản xạ da gan bàn chân ở tư thế duỗi (dấu hiệu Babinski).



Đường phản xạ

Dấu hiệu Babinski (+)

LIỆT NỬA NGƯỜI

1. Định nghĩa

Liệt nửa người là liệt một nửa thân thể.

2. Nguyên nhân

Mọi tổn thương thành ổ của trục thần kinh đều có thể gây liệt nửa người.

Nguyên nhân thường gặp:

- Nguyên nhân mạch máu:
 - + Tai biến mạch máu não.
 - + Vỡ phồng động mạch bẩm sinh kèm theo chảy máu dưới màng nhện: gặp ở người trẻ tuổi.
- Chấn thương: do tổn thương trực tiếp của vỏ não vận động. Có dấu hiệu liệt nửa người tức thì hoặc sau một thời gian không có triệu chứng.
- U não: liệt nửa người tăng dần và liệt lan ra những vùng ngày càng rộng.
- Nhiễm khuẩn: liệt nửa người gặp trong các bệnh
 - + Viêm màng não.
 - + Áp xe não.
 - + Viêm não dịch thể.
- Các nguyên nhân khác:
 - + Sốc quá mẫn.
 - + Nhiễm độc carbon oxyd.
 - + Tắc mạch khí do tràn khí màng phổi, phá thai bằng cách bơm nước xà phòng vào trong tử cung.

LIỆT HAI CHI DƯỚI

1. Nguyên nhân và triệu chứng

Tổn thương neuron vận động ngoại biên. Có dấu hiệu lâm sàng sau:

- Liệt mềm hai chi dưới.
- Các triệu chứng thần kinh phối hợp: mất phản xạ gân, teo cơ nặng, không có dấu hiệu Babinski và không có rối loạn cơ thắt.

Người ta phân biệt với:

- + Viêm nhiều dây thần kinh: liệt xuất hiện một cách kín đáo và tăng dần, rối loạn cảm giác tiến triển dẫn đến hiện tượng mất cảm giác sâu (rối loạn thăng bằng).
- + Viêm tuỷ xám trước cấp tính:
 - Liệt hai chân: rối loạn vận động xuất hiện đột ngột.
 - Không có rối loạn cảm giác rõ rệt.
- Tổn thương neuron vận động trung ương: có các dấu hiệu lâm sàng
 - + Liệt hai chi dưới co cứng.
 - + Tăng phản xạ gân.
 - + Dấu hiệu Babinski (+).
 - + Không có teo cơ.
 - + Có rối loạn cơ thắt.

2. Các thể lâm sàng

- Liệt mềm hai chi dưới: giảm trương lực cơ và mất phản xạ hai chi dưới.

Tuỳ theo vị trí của tổn thương, người ta phân biệt:

- + Tổn thương neuron vận động ngoại biên: không tiến triển đến co cứng và không có rối loạn cơ thất.
- + Tổn thương đột ngột neuron vận động trung ương: Tiến triển đến co cứng và có rối loạn cơ thất.
- Liệt co cứng hai chi dưới: có dấu hiệu lâm sàng
 - + Co cứng cơ.
 - + Tăng phản xạ gân hai chi dưới.
 - + Dấu hiệu Babinski (+).

Người ta phân biệt:

- + Liệt hai chi dưới duỗi: đây là thể hay gặp nhất với biểu hiện hai chi dưới bị cố định bởi duỗi cứng.
- + Liệt hai chân gấp: kế tiếp thể liệt duỗi. Có thể gặp trong bệnh ép tủy (do bệnh lao cột sống [bệnh Pott], do bệnh ung thư đốt sống và bệnh u nội ống sống).

TRẠNG THÁI TÂM THẦN

Một số rối loạn tâm thần có thể có liên quan với các tổn thương của hệ thần kinh. Các rối loạn thần kinh hay gặp như sau:

- Rối loạn ý thức (xem bài các hôn mê)
- Rối loạn tâm thần: như
 - + Trạng thái hoang tưởng.
 - + Trạng thái trầm uất.
 - + Hội chứng lo lắng.

Các dấu hiệu trên đây có thể là dấu hiệu đầu tiên của tổn thương thực thể ở não.

- Trạng thái chiêm bao: kèm ảo thị; đôi khi kèm ảo giác khứu giác, vị giác và thính giác.
- Chứng Moria (chứng hể): có đặc điểm là vui vẻ bất thường, cảm xúc thay đổi và mất tự chủ.
- Rối loạn trí nhớ:
 - + Quên ghi nhận: không duy trì những kỷ niệm mới xảy ra. Dấu hiệu này là đặc trưng của tổn thương thực thể ở não.
 - + Quên hồi tưởng: trí nhớ hồi tưởng bị mất. Quên hồi tưởng là dấu hiệu của tổn thương thực thể ở não hoặc của tâm thần phân liệt.

CÁC HÔN MÊ

1. Định nghĩa

Hôn mê là một trạng thái trong đó người bệnh mất ý thức, không đáp ứng với các kích thích bên ngoài, dù mạnh. Các chức năng dinh dưỡng còn tương đối được duy trì.

Người ta phân biệt với:

- Hôn mê sâu: mất các phản xạ giác mạc, gân và gan bàn chân.
- Bán hôn mê:
 - + Người bệnh đáp ứng yếu ớt với các kích thích bên ngoài tương đối mạnh bằng một phản ứng phòng vệ yếu ớt.

- + Phản xạ giác mạc và gân có thể phát hiện được.
- Hôn mê chấp chôn: có kèm sự kích thích tâm thần vận động và mê sáng.

2. Khám người bị hôn mê

- Trước khi thăm khám người bệnh, cần phải biết chắc chắn:
 - + Đường hô hấp được thông suốt.
 - + Người bệnh không ở trạng thái sốc.
 - + Không bị chảy máu do chấn thương.
 - + Không bị gãy cột sống cổ ở người bệnh bị chấn thương sọ não.
- Các bước thăm khám người bệnh:
 - + *Tìm hiểu bệnh tật đã có trước đây như:* tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh động kinh, bệnh tim, bệnh viêm thận.
 - + *Quan sát:* tìm các dấu vết thông thường của chấn thương. Quan sát các phần bên ngoài của cơ thể:
 - Đầu: mặt đỏ (do rượu), mặt hồng (do nhiễm độc carbon oxyd), vết thương, chảy máu qua mũi hoặc tai (do chấn thương).
 - Mắt: co đồng tử thành một điểm nhỏ (do thuốc phiện) đồng tử không đều và giãn ở bên có tổn thương sọ não.
 - Da: có mảng mề đay hoặc ban đỏ (hôn mê do thuốc ngủ barbituric), toát mồ hôi (hôn mê do giảm đường máu), ban xuất huyết ngoài da (do viêm màng não - não).

- + *Chú ý mùi của hơi thở*: chú ý mùi rượu, urê hay acetone.
- + Kiểm tra nhiệt độ:
 - Nhiệt độ cao: do cảm nắng nhiễm khuẩn, tổn thương trung tâm điều nhiệt.
 - Nhiệt độ giảm: do trụy tim mạch, do hôn mê rượu hoặc do barbituric.
- + Kiểm tra mạch:
 - Mạch chậm: gặp trong chứng tăng áp lực nội sọ.
 - Mạch nhanh: gặp trong rối loạn tuần hoàn não hoặc tim đập nhanh.
- + Kiểm tra huyết áp:
 - Huyết áp cao: gặp trong chứng đột quỵ, tăng urê máu, phù não - màng não.
 - Huyết áp hạ: gặp trong hôn mê do trụy tim mạch, do bệnh tiểu đường, do rượu, do thuốc barbituric.
- + Kiểm tra nhịp thở:
 - Nhịp thở chậm: gặp trong hôn mê do thuốc phiện, do thuốc barbituric, do áp lực nội sọ.
 - Nhịp thở nhanh và sâu: gặp trong chứng nhiễm acid của bệnh tiểu đường hoặc bệnh tăng urê máu.

Nếu người bệnh phồng một má khi thở ra thì có thể nghĩ đến liệt nửa người.

- + Kiểm tra thần kinh:
 - Dấu hiệu kích thích màng não: chú ý dấu hiệu phồng thóp ở trẻ nhỏ tuổi.
 - Dấu hiệu định vị: thường là dấu hiệu liệt nửa người.

- * Mất các động tác tự nhiên ở một bên.
- * Mặt không đối xứng.
- * Lệch phối hợp giữa đầu và mắt.
- * Mất trương lực cơ ở một bên so với bên kia.

3. Chẩn đoán nguyên nhân

a. Nguyên nhân thường gặp

- Hôn mê do các bệnh nhiễm khuẩn, ung thư.
- Hôn mê sau chấn thương:
 - + Xảy ra ngay tức thì: có vết thương ở da, chảy máu từ tai hoặc mũi, đồng tử không đều, có dấu hiệu thần kinh khu trú, lúc đầu tim đập nhanh và về sau thì tim đập chậm.
 - + Xảy ra sau một khoảng thời gian không có triệu chứng, thường gặp trong trường hợp chấn thương gây bọc máu trong sọ. Khi người bệnh hôn mê, có dấu hiệu thở chậm và tăng huyết áp.
- Hôn mê trong cảm nắng:
 - + Dựa vào bệnh sử ở ngoài nắng quá lâu.
 - + Tăng nhiệt độ.

b. Hôn mê có triệu chứng thần kinh khu trú

- Liệt nửa người ở người già: do các bệnh
 - + Chảy máu não.
 - + Nhũn não.
- Liệt nửa người ở người trẻ: do các bệnh
 - + Tắc mạch não.

- + U não hoặc áp xe não.
- + Chảy máu não do vỡ phồng mạch bẩm sinh.
- c. *Hôn mê kèm co giật*: thường gặp trong
 - Hôn mê sau bệnh động kinh.
 - Cơn tăng huyết áp (xem bài bệnh não do tăng huyết áp).
- d. *Hôn mê kèm dấu hiệu màng não*: thường gặp trong
 - Chảy máu dưới màng nhện.
 - Viêm màng não mủ cấp tính và lao màng não.
- e. *Hôn mê không có dấu hiệu thần kinh khu trú*: đó là hôn mê do nguyên nhân ngoài sọ não.
 - Hôn mê do barbituric:
 - + Hôn mê sâu.
 - + Nhiệt độ hạ.
 - + Huyết áp giảm.
 - + Mất phản xạ hoàn toàn.
 - + Có chất barbituric trong nước tiểu.
 - Hôn mê do rượu:
 - + Mặt đỏ, giảm nhiệt độ.
 - + Hơi thở có mùi rượu.
 - + Huyết áp hạ.
 - + Có lượng rượu trong máu trên 0,2%.
 - Hôn mê do tiểu đường:
 - + Có khó thở kiểu Kussmaul. Kiểu khó thở này bao gồm đặc điểm: tần số thở hơi tăng, thì hít vào sâu, theo sau

là một giai đoạn nghỉ ngắn ở thì hít vào cố gắng và một thì thở ra ngắn nhiều khi rỗng; theo sau lại là một giai đoạn nghỉ ngắn.

- + Da khô do mất nước ngoài tế bào.
- + Tăng glucose máu và có glucose trong nước tiểu.
- Hôn mê gan:
 - + Có tiền sử bệnh gan.
 - + Vàng da.
 - + Có nước trong ổ màng bụng.
- Hôn mê do nhiễm độc thuốc phiện:
 - + Xanh tím.
 - + Nhịp thở chậm.
 - + Đồng tử co.

4. Điều trị

a. Các biện pháp chung

- Duy trì thông khí: để đạt mục đích dễ dàng, đặt người bệnh nằm nghiêng sang một bên hoặc người bệnh nằm sấp và để mặt nghiêng một bên, đầu ngửa.

Cần theo dõi xem dịch tiết ở miệng - họng có thể chảy qua miệng không, có thể hút dịch bằng bơm tiêm có thông ống cao su luồn vào trong miệng.

Ghi chú: không được cho người bệnh nằm ngửa và khi cho người bệnh nằm nghiêng một bên thì không được để đầu ngửa quá mức.

- Điều trị trạng thái sốc.

- Thay đổi tư thế người bệnh khoảng từ 30 phút đến 60 phút một lần để chống ứ dịch tiết ở phổi và chống loét do nằm. Nếu hôn mê kéo dài trên 6 giờ thì phải thông nước tiểu khi bí tiểu tiện.
 - Cho ăn bằng đường truyền tĩnh mạch.
- b. Điều trị đặc hiệu:* phụ thuộc vào nguyên nhân của hôn mê.

BỆNH NÃO TĂNG HUYẾT ÁP

Bệnh não tăng huyết áp cùng nghĩa với hội chứng giả tăng urê máu.

1. Định nghĩa

Hội chứng này có đặc điểm: tăng tạm thời áp lực động mạch có kèm theo các rối loạn thần kinh lâu từ vài phút đến vài ngày và không để lại di chứng. Các rối loạn thần kinh này có thể là: nhức đầu, cơn cơ giật, các dấu hiệu thần kinh khu trú, trạng thái hôn mê và phù điểm mù ở mắt.

2. Nguyên nhân

a. Bệnh tăng huyết áp: do hiện tượng co cứng các động mạch não, có thể tiến triển tới xuất huyết hoặc nghẽn mạch máu não.

b. Ở người thường không bị tăng huyết áp và có những giai đoạn tăng huyết áp (như trong bệnh: viêm thận cấp, co giật)... Có thể do những giai đoạn phù não.

3. Triệu chứng lâm sàng

a. Rối loạn thần kinh toàn thân: gặp ở người thường không bị tăng huyết áp và không có tổn thương ở mạch máu não

(trong bệnh viêm thận cấp, co giật). Cơn được thể hiện bằng tăng đột ngột áp lực động mạch. Có các dấu hiệu:

- Nhức đầu, nôn, rối loạn thị giác, phù điểm mù ở mắt.
- Có trạng thái mê sảng và thờ ơ, có cơn co giật và có khi hôn mê.

Các rối loạn này có liên quan với phù não.

b. Rối loạn thần kinh khu trú: quan sát thấy ở người tăng huyết áp từ lâu mà tổn thương mạch máu não có trước khi cơn xảy ra. Cơn này được khởi phát do một đợt kịch phát tăng huyết áp.

Rối loạn này bao gồm các dấu hiệu:

- Mất ý thức đột ngột.
- Cơn co giật.
- Rối loạn lời nói, thị giác và thính giác.
- Liệt nửa người hoặc liệt nhẹ nửa người.
- Rối loạn cảm giác và phối hợp.

Bệnh cảnh lâm sàng này giống như bệnh đột quỵ não nhưng có điểm khác là: tồn tại trong thời gian ngắn và hoàn toàn không để lại di chứng.

4. Chẩn đoán phân biệt

a. Chảy máu não và nghẽn mạch não: chú ý là bệnh não tăng huyết áp chỉ có tính chất thoáng qua và có thể giúp chẩn đoán phân biệt.

b. U não: bệnh u não không có tăng huyết áp và các triệu chứng nặng dần.

c. Bệnh não nhiễm độc chì: dựa vào bệnh sử và dấu hiệu nhiễm độc chì.

5. Điều trị

a. *Các barbituric và cloral*: có tác dụng an thần đủ để điều trị trong các thể nhẹ.

b. *Reserpin*: tiêm bắp với liều lượng từ 2,5mg đến 5mg

c. *Hydralazin*: tiêm bắp với liều lượng từ 20mg đến 40mg, tiếp theo là cho uống.

d. *Diphenylhydantoin*: dùng trong trường hợp có cơn động kinh với liều lượng từ 0,10g đến 0,50g mỗi ngày. Đây là thuốc chống co giật, không gây ngủ.

BỆNH NÃO TRẺ EM

1. Định nghĩa

Toàn bộ những trạng thái mạn tính não là hậu quả của những tổn thương đã vi phạm não trong thời kỳ bào thai, lúc sinh hoạt trong những năm đầu của đời sống.

2. Nguyên nhân

Chảy máu và thiếu oxy não xảy ra ở bào thai hoặc trẻ sơ sinh là những nguyên nhân chủ yếu.

a. *Các yếu tố trước khi đẻ*

- Gien: ít quan trọng.
- Tổn thương ở trong tử cung:
 - + Rối loạn tuần hoàn rau thai: gặp trong trạng thái sốc ở người mẹ, nhiễm độc, chèn ép dây rốn.
 - + Nhồi máu rau thai: gặp trong bệnh nhiễm độc máu khi thai nghén.

- Các bệnh nhân nhiễm vi rút ở người mẹ: các bệnh cúm, Zona...
- Bệnh tiểu đường ở người mẹ.

b. Các yếu tố sinh đẻ

- Đẻ non: ở trẻ đẻ non, động tác thở đầu tiên nhiều khi muộn.
- Thiếu oxy ở mô (tế bào): do đẻ ngôi ngược, bong rau sớm, rau tiền đạo.
- Chảy máu não - màng não sơ sinh: hậu quả của thiếu oxy mô do chấn thương sản khoa (gặp trong trường hợp hẹp xương chậu hoặc trong trường hợp dùng dụng cụ cấp thai).

c. Các yếu tố sau sinh đẻ:

Có thể do:

- Di chứng của viêm não cấp tính do vi rút.
- Chấn thương sọ não ở tuổi thơ ấu.

3. Triệu chứng lâm sàng

a. Rối loạn vận động

- Liệt nửa người kèm theo co cứng cơ.
- Liệt hai đùi hoặc liệt hai chi dưới co cứng bẩm sinh: trẻ có dáng đi cứng, mình ngả về phía trước, hai chi dưới gập.

Có tăng phản xạ gân xương.

- Dáng đi loạn choạng, kèm theo rối loạn vận động khác.

b. Rối loạn trí tuệ: có hiện tượng trì độn tâm thần. Có thể kèm theo rối loạn tình cảm, cấu giận và tinh thần bất ổn định, trầm cảm.

c. *Con động kinh*: gặp trong một nửa số trẻ em mắc bệnh.

d. *Rối loạn thính giác (điếc)* và rối loạn thị giác (có thể dẫn đến mù).

4. Điều trị

- Liệu pháp vận động làm giãn cơ và doãi cơ, tập đi.
- Phẫu thuật chỉnh hình.

ÁP XE NÃO

1. Định nghĩa

Áp xe não là bệnh tụ mủ ở trong mô não hoặc trong khoang ngoài màng cứng hoặc dưới màng cứng; xảy ra sau chấn thương sọ, bệnh viêm ỉ, bệnh nhiễm khuẩn máu hoặc tổn thương gây tắc mạch.

2. Nguyên nhân

a. Nguyên nhân tại chỗ

- Nhiễm khuẩn ở tai và mũi, nhất là viêm tai mạn tính tái phát, viêm xương chũm và viêm xoang.
- Viêm quầng ở mặt và nhiễm khuẩn ở da đầu, viêm mủ màng não.
- Chấn thương sọ.

b. Nguyên nhân toàn thân

- Nhiễm khuẩn ở xa: áp xe di căn bắt nguồn từ áp xe phổi, áp xe gan, viêm xương, giãn phế quản.
- Nhiễm khuẩn máu và nhiễm khuẩn mủ máu.

Ghi chú:

* Trong áp xe di căn, thường có nhiều ổ áp xe.

* Trong thực tế, nguyên nhân hay gặp nhất của áp xe não là viêm tai không được điều trị. Từ đó nhiễm khuẩn lan lên não do các nghẽn mạch nhiễm khuẩn hoặc đi ngược lên dọc theo các dây thần kinh sọ VII và VIII. Khi mũ còn chảy từ tai bị nhiễm khuẩn ra thì nguy cơ áp xe não không lớn lắm.

3. Triệu chứng lâm sàng

a. Triệu chứng toàn thân

- Gầy sút nhanh.
- Sốt: ít khi sốt quá 39°C.

b. Triệu chứng tăng áp lực nội sọ

- Nhức đầu, nôn.
- Tim đập chậm.
- Phù điểm mù ở mắt.

c. Triệu chứng khu trú: giống các triệu chứng khu trú của u não (như liệt nửa người tăng dần, rối loạn cảm giác sâu cùng bên liệt nửa người, có rối loạn nhịp thở và nhịp tim, cơ co cứng).

d. Triệu chứng tâm thần: triệu chứng tâm thần thường bất định hoặc dễ mệt mỏi, tâm thần chậm chạp, ngủ gà; hoặc lú lẫn, mất ngủ, dễ kích thích.

e. Khi áp xe vỡ vào não thất: có dấu hiệu nặng lên như co giật, mê sảng, rối loạn vận động và tử vong sau vài giờ.

4. Chẩn đoán xác định

Để xác định bệnh người ta dựa vào các dấu hiệu lâm sàng:

- Có ổ nhiễm khuẩn như: viêm tai, viêm xương chũm, nhiễm khuẩn máu, giãn phế quản.

- Sốt và số lượng bạch cầu tăng.
- Có rối loạn thần kinh tăng dần, đôi khi có dấu hiệu khu trú (như: liệt nửa người, liệt mặt...).
- Dấu hiệu tăng áp lực nội sọ.

5. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- U não:
 - + Không có dấu hiệu nhiễm khuẩn (như: sốt, có ổ nhiễm khuẩn ở tai...).
 - + Thường gặp dấu hiệu phù điểm mù ở mắt.
- *Viêm màng não*: có những dấu hiệu màng não như sốt, cổ cứng và dấu hiệu Kernig dương tính (dấu hiệu Kernig được thực hiện như sau: hai chân người bệnh duỗi thẳng, tay người khám đè vào 2 đầu gối người bệnh và tay kia đè vào gót chân người bệnh rồi nâng cao lên để hai chân vuông góc với thân. Lúc đó người bệnh rất đau và có dấu hiệu nhăn mặt, ta kết luận là đó là dấu hiệu Kernig dương tính).
- *Viêm tai không có biến chứng*: các triệu chứng mất sau khi mổ tai.
- Chảy máu màng não.

6. Tiến triển

Thường bệnh tiến triển xấu.

7. Điều trị

- Phẫu thuật.
- Dùng thuốc kháng sinh.

CHẤN THƯƠNG NÃO

1. Phân loại

Có hai loại chấn thương não:

Loại 1: chấn thương não không có biến chứng, đó là thể đơn thuần. Các dấu hiệu của thể này là:

- Mất ý thức khá ngắn, sau đó quên ngược. Triệu chứng quên ngược được xác định như sau: người bệnh quên tất cả những gì đã xảy ra ngay từ trước khi bị tổn thương.
- Không có dấu hiệu thần kinh khu trú và không có thay đổi dịch não tủy.

Loại 2: chấn thương não có biến chứng. Những biến chứng có thể gặp là:

- Phù não với dấu hiệu:
 - + Có cơn co giật.
 - + Nôn.
 - + Tim đập chậm.
- Vỡ xương sọ: các mảnh xương có thể gây thương tổn tế bào não và bệnh tiến triển xấu.
- Chảy dịch não tủy từ mũi hay từ tai ra: gặp trong trường hợp vỡ xương sọ kèm theo rách màng não.

Bệnh có nguy cơ gây viêm mủ màng não và cần phải dùng kháng sinh để phòng tai biến này.

- Chảy máu dưới màng nhện.
- Chảy máu trong não: có thể thấy máu dưới vỏ não hoặc những đám chảy máu nhỏ trong não ở xung quanh vùng bị đụng giập.

- Động kinh kiểu Bravais - Jackson hoặc động kinh khu trú: có dấu hiệu
 - + Co giật bắt đầu ở bàn tay, bàn chân hoặc ở mặt và dần dần lan sang các đoạn bên cạnh. Một số cơn khu trú ở nửa người.
 - + Không mất ý thức.
 - + Co cơ lúc bắt đầu cơn ở mặt cánh tay và đùi.
- Hội chứng sau chấn thương:
 - + Nhức đầu: tồn tại kéo dài nhiều tháng, mất ngủ, chóng mặt, mất trí nhớ, dễ kích động.
 - + Tình trạng người bệnh nặng lên rõ ràng khi uống rượu.

2. Chăm sóc người bệnh

Theo dõi và chăm sóc người bệnh hôn mê sau một chấn thương sọ não cần chú ý các điểm sau đây:

- Tình trạng ý thức: cần lưu ý rằng thời gian và mức độ mất ý thức tỷ lệ với mức độ nặng nhẹ của chấn thương gây tổn thương não. Nếu có *khoảng lặng* sau chấn thương sọ não thì chứng tỏ là có chảy máu ở não ngày càng tăng để gây nên bọc máu trong não (*khoảng lặng* là: người bệnh vẫn tỉnh táo sau khi bị chấn thương sọ não nhưng sau một thời gian vài giờ, người bệnh bị hôn mê ngày càng nặng). *Khoảng lặng* là dấu hiệu tiến triển xấu của bệnh.
- Theo dõi mạch, nhịp thở, nhiệt độ và huyết áp của người bệnh.
- Theo dõi các dấu hiệu mắt:
 - + Theo dõi hai đồng tử có đều nhau không: giãn đồng tử một bên có thể là dấu hiệu của tổn thương não cùng bên.

- + Theo dõi phù điểm mù hoặc chảy máu võng mạc ở đáy mắt.
- Theo dõi các dấu hiệu màng não: dấu hiệu màng não xảy ra khi có chảy máu dưới màng nhện (tức là chảy máu màng não). Các dấu hiệu được gặp là: tăng cảm giác da, sợ ánh sáng, rối loạn vận mạch, cứng gáy, dấu hiệu Kernig dương tính, người bệnh nằm ở tư thế cò súng (tức là tư thế nằm co cứng) và rất hiếm khi nằm thẳng nhờ vì bị co cơ.
- Co giật: theo dõi những cơn co giật khu trú kiểu Bravais - Jackson biểu thị một ổ kích động ở bán cầu não bên đối diện.

3. Điều trị

- Điều trị trạng thái sốc nếu có.
- Thông suốt đường hô hấp: không dùng morphin để điều trị cơn vật vã của người bệnh vì morphin có tác dụng ức chế trung tâm hô hấp.
- Thông nước tiểu nếu có bí tiểu tiện.
- Cần điều trị ở trung tâm chuyên khoa.

CHẢY MÁU MÀNG NÃO

Chảy máu màng não còn được gọi là chảy máu dưới màng nhện.

1. Định nghĩa

Đó là chảy máu đột ngột trong khoang dưới màng nhện.

2. Nguyên nhân

a. Các thể tiên phát

- Võ một phồng mạch ở trong sọ: thường gặp với tỷ lệ 90% các trường hợp. Võ phồng mạch là một tai biến tự phát và xảy ra ở người khoảng 40 tuổi.
- U động mạch: gặp ở động mạch nhỏ trong vùng đỉnh - chẩm của não.

b. Các thể thứ phát

Do các bệnh sau đây:

- Chấn thương sọ: có tổn thương trực tiếp một động mạch. Thường gặp các dấu hiệu: nhức đầu, lồi mắt, chảy máu mũi, liệt các cơ vận nhãn.
- Bệnh chảy máu do giảm tiểu cầu.
- Bệnh viêm màng não, nhất là viêm màng não do lao; bệnh viêm não và u mạch não, sốt phát ban.
- Nhiễm độc: nhiễm độc CO, rượu, chì.

c. Ở trẻ còn bú: gặp trong trường hợp dễ khó hoặc dễ non.

3. Triệu chứng

Thường gặp các triệu chứng sau:

a. Nhức đầu: nhức đầu dữ dội và bất thành linh.

b. Dấu hiệu tăng áp lực nội sọ: nôn, chóng mặt, co giật, ù tai, liệt vận nhãn, rối loạn thị giác.

Có rối loạn ý thức và có thể hôn mê.

c. Hội chứng màng não: có dấu hiệu cứng gáy, dấu hiệu Kernig dương tính, tăng cảm giác da, sợ ánh sáng; có thể mê sảng, rối loạn vận mạch, người bệnh nằm ở tư thế cò súng và rất hiếm khi nằm thẳng đồ do bị co cơ.

d. Các dấu hiệu tổn thương vỏ não: bao gồm các dấu hiệu

- Tăng phản xạ gân.
- Rung giật bàn chân và bánh chè.
- Dấu hiệu Babinski dương tính trong 50% trường hợp.
- Liệt: thường là liệt nhẹ nửa người thoáng qua.

e. Sốt: thường sốt $38^{\circ} - 39^{\circ}\text{C}$ do rối loạn trung tâm điều nhiệt; sốt phối hợp với nhịp chậm.

f. Liệt cơ vân nhãn chung: do phồng động mạch cảnh trong ổ trong sọ.

4. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định bệnh dựa vào các yếu tố:

a. Trước tai biến chảy máu màng não: có thể nghĩ đến phồng mạch nội sọ khi người bệnh có các dấu hiệu lâm sàng như nhức đầu khi gắng sức, rối loạn các đôi dây thần kinh số II, III và V.

b. Chảy máu màng não có đặc điểm

- Nhức đầu dữ dội xuất hiện đột ngột nhưng không có rối loạn trạng thái ý thức.
- Có các dấu hiệu viêm màng não.
- Dịch não tủy có máu.

5. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Chảy máu não: có dấu hiệu
 - + Hôn mê sâu.
 - + Dấu hiệu thần kinh khu trú.
 - + Huyết áp tăng.

b. Viêm màng não: dựa vào kết quả xét nghiệm nước não tủy.

c. Hôn mê do tiểu đường: dựa vào dấu hiệu tăng glucose trong máu.

6. Điều trị

- Dùng thuốc giảm huyết áp trong trường hợp tăng áp lực động mạch.
- Truyền nước tốt với trường hợp có sốt nhưng cần theo dõi các dấu hiệu tăng áp lực nội sọ.
- Dùng thuốc barbituric hoặc cloral nếu người bệnh vật vã.
- Dùng thuốc chống đau tổng hợp: không dùng morphin vì thuốc này ức chế trung tâm hô hấp của người bệnh và gây nguy hiểm.
- Phẫu thuật để loại bỏ nguyên nhân gây bệnh.

U NÃO

U não đồng nghĩa với u nội sọ.

1. Định nghĩa

U não là một khối u nội sọ mà sự phát triển của nó gây chèn ép não.

2. Triệu chứng

Có hai nhóm triệu chứng:

a. Triệu chứng tăng áp lực nội sọ

- Nhức đầu: nhức đầu sẽ nặng thêm do những tác nhân làm tăng áp lực dịch não tủy (như: cổ găng thể lực, ho, hắt hơi).

- Nôn: đôi khi nôn vọt không liên quan đến bữa ăn (đó là sự kích động trung tâm ở hành não), thường kèm theo tim đập chậm do ảnh hưởng đến thần kinh phế vị.
- Phù điểm mù (hay ứ máu điểm mù) do sự ngăn trở dẫn lưu tĩnh mạch mắt, thị lực có thể bị giảm dần.
- Có thể gặp dấu hiệu ngáy ngất kèm chóng mặt, nhìn đôi.
- Ở giai đoạn nặng: có cơn co giật khu trú hay toàn thân kèm theo dấu hiệu mất ý thức; có thể có trạng thái sốc tim đập chậm, tăng nhiệt độ, có những cơn ngừng thở kéo dài và không đều.

b. Triệu chứng định vị

- Động kinh kiểu Bravais - Jackson.
- Liệt nửa người tăng dần.
- Rối loạn cảm giác sâu và mất nhận thức về vật thể.
- Có dấu hiệu giảm thị lực hoặc bán manh.
- Có ảo giác và trạng thái chiêm bao.
- Đau đầu cách hồi.
- Rối loạn phát âm, nuốt, nhịp thở và nhịp tim.

3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các dấu hiệu:

- Dấu hiệu khởi đầu thường âm ỉ: nhức đầu dai dẳng, nôn, thay đổi tính tình.
- Dấu hiệu thần kinh định vị tiến triển dần dần.
- Phù điểm mù, tăng áp lực dịch não tủy.

4. Chẩn đoán phân biệt

a. Áp xe não: có dấu hiệu nhiễm khuẩn.

b. Viêm não dịch tế

- Dựa vào thời gian có dịch.
- Không có dấu hiệu phù điểm mù ở mắt.

c. Đột quỵ não: các triệu chứng thần kinh xuất hiện rất đột ngột. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng có trường hợp u não gây tai biến chảy máu và thể hiện bệnh cảnh đột quỵ não.

5. Điều trị

- Liệu pháp oxy dùng khi cần hỗ trợ hô hấp.
- Trong trường hợp tăng áp lực nội sọ, có thể tiêm tĩnh mạch chậm dung dịch urê 30%.
- Tuyệt đối không dùng morphin vì sẽ làm suy giảm hô hấp.
- Phẫu thuật thần kinh.

ĐAU DÂY THẦN KINH

1. Định nghĩa

Đau dây thần kinh là đau kịch phát ở trong vùng kiểm soát của một dây thần kinh cảm giác, nhiều khi không có nguyên nhân thực thể rõ ràng.

Các cơn đau thường ở một bên, phát sinh việc kích thích một số vùng nhất định. Ngoài các cơn ra, không có rối loạn khách quan.

2. Triệu chứng

a. Đau dây thần kinh sinh ba

- Triệu chứng: có cơn đau mặt mang tính chất sau
 - + Đau cấp tính dữ dội: cơn đau thường ngắn và giữa các cơn thì không bị đau.

- + Cơn đau phát sinh khi ăn uống, nói hoặc khi bị lạnh ở mặt; đôi khi có những vùng tăng cảm giác ở mặt và khi sờ vào đó sẽ bắt đầu cơn đau.
- + Có những điểm đau khi ấn ở các điểm xuất lộ của các dây thần kinh: điểm giữa cung lông mày của nhánh mắt, lỗ dưới thị giác của nhánh hàm trên, lỗ cảm cho nhánh hàm dưới.
- + Đau không chịu được, nhiều khi gây ra co thắt các cơ ở mặt, chảy nước mắt và ứa nước bọt.
- + Đau xuất hiện theo chu kỳ: các khoảng cách không đau bị rút ngắn lại và cơn đau trở thành liên tục với cường độ đau tăng lên. Trong quá trình tiến triển, lúc đầu là một nhánh thần kinh sinh ba bị tổn thương rồi hai nhánh và sau cùng là cả ba nhánh thần kinh sinh ba bị tổn thương.
- + Không có rối loạn cảm giác khách quan hay cảm giác giác mạc.
- Chẩn đoán phân biệt.
 - + Đau nửa đầu: với dấu hiệu
 - Rối loạn mạch máu và nhiều khi có rối loạn tiêu hoá.
 - Có triệu chứng đom đóm mắt.
 - Rối loạn thị giác khác phối hợp.
 - Đau do nguyên nhân tại chỗ như: hà răng, viêm xoang, bệnh ở mắt và tai. Có dấu hiệu:
 - + Đau ít hơn và liên tục.
 - + Tăng cảm giác.
 - Đau khi bị bệnh Zona hoặc bệnh Zona thị giác. Có dấu hiệu:

- + Đau.
- + Nhức đầu.
- + Ban da ở vùng phân bố của nhánh trên dây thần kinh sinh ba.
- + Hạch phía trước tai đau và to.
- + Liệt và có những vết đục ở giác mạc.
- Điều trị: các thuốc dùng để điều trị chứng đau dây thần kinh sinh ba ít có kết quả. Phẫu thuật cắt rễ cảm giác của dây thần kinh sinh ba là phương pháp có kết quả.

b. Đau dây thần kinh liên sườn

Các dấu hiệu của cơn đau là:

- Đau có thể giống Zona liên sườn nhưng không có mụn phỏng ở da.
- Vị trí đau thường gặp ở bên trái.
- Cơn đau có thể tái diễn sau những khoảng cách rất lâu hoặc chỉ có một cơn duy nhất.
- Có những điểm đau cạnh cột sống, cạnh xương ức và giữa nách.

c. Đau đâm rói thần kinh cánh tay:

- Triệu chứng đau có đặc điểm:
 - + Vị trí đau: ở phần dưới của cổ, ở vai và lan xuống bả vai, ở chi trên và lan tới các ngón tay.
 - + Đau thường tăng dội lên về ban đêm.
 - + Đau tăng lên khi duỗi cưỡng ép cánh tay ra sau.
- Chẩn đoán phân biệt: cần phân biệt với cơn đau thắt ngực.

ĐAU DÂY THẦN KINH HÔNG

1. Định nghĩa

Đau dây thần kinh hông là hội chứng có đặc điểm là những chứng đau lan dọc theo đường đi của dây thần kinh hông.

2. Nguyên nhân gây bệnh

a. Thoát vị đĩa: có thoát vị đĩa đệm cột sống khi nhân nhầy của một đĩa liên đốt sống thoát ra từ một chỗ rách của vòng xơ, lồi ra dưới dây chằng sau.

Khi các rễ sau bị chèn ép thì xuất hiện đau dây thần kinh hông.

Khi các rễ trước tổn thương, xuất hiện đau dây thần kinh hông gây liệt.

Đĩa đệm hay bị tổn thương nhất là ở giữa đốt sống thắt lưng thứ 5 (L5) và đốt sống cùng thứ nhất (S1) gọi là đĩa đệm cột sống thắt lưng thứ 5. Rễ thần kinh hay bị tổn thương nhất là rễ thần kinh ở ngay dưới đĩa đệm bị tổn thương. Ví dụ: rễ thần kinh S1 bị tổn thương xảy ra khi có thoát vị đĩa đệm L5.

b. Viêm cứng khớp sống: gặp phổ biến ở đốt sống thắt lưng thứ 5 (L5), có những hư biến ở các khớp cùng chậu.

c. Bệnh lao cột sống (bệnh Pott): đau dây thần kinh hông nhiều khi ở hai bên.

d. Trượt đốt sống: đốt thắt lưng thứ 5 (L5) hay thứ 4 (L4) trượt ra phía trước trên đốt sống kê dưới.

e. U xương sống: thường là thứ phát (gọi là di căn đốt sống).

f. Loãng xương: gặp chủ yếu là bệnh loãng xương sau mãn kinh.

g. Viêm nhiều dây thần kinh: gặp trong tiểu đường, nhiễm độc.

h. Đau dây thần kinh hông của người lái xe ô tô: gặp ở người lái xe ô tô lâu năm do giữ chân ở tư thế căng mạnh và kéo dài.

3. Triệu chứng

Lúc khởi đầu của đau dây thần kinh hông thường dữ dội, đôi khi xảy ra khi cử động cố gắng hay nhân một chấn thương (như: ngã ngồi, ngã đập thắt lưng).

a. Đau tự nhiên

- Đau dây thần kinh hông L5: đau từ vùng thắt lưng và đi xuống dọc theo mặt ngoài đùi và mặt trước ngoài cẳng chân.
- Đau dây thần kinh hông S1: đau cũng từ vùng thắt lưng rồi đi xuống dọc theo mặt sau hay mặt sau - ngoài cẳng chân.
- Cường độ đau: thay đổi, đôi khi đau rất mạnh và không giảm đau khi nghỉ ngơi, đau tăng lên khi người bệnh ho hoặc hắt hơi.

b. Dấu hiệu đau

Các điểm đau: cần tìm vị trí của các điểm đau như sau

- Điểm Walleix: đau tăng lên khi ấn vào các điểm xuất lộ của thần kinh hông ở khoeo chân và ở rãnh mấu chuyển - ụ ngồi.
- Các điểm đốt sống: đau tăng khi ta ấn vào khoảng liên gai hay vùng cạnh cột sống ở các khoảng L4 - L5 (đốt thắt lưng thứ 4 và đốt thắt lưng thứ 5) và L5 - S1 (đốt thắt lưng thứ 5 và đốt sống cùng thứ 1).
- Dấu hiệu Lasègue :

Cách tìm dấu hiệu Lasègue như sau: để người bệnh nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng. Ta gấp chi bị đau lên bụng và ghi nhận góc gấp tối đa khi bắt đầu đau mạnh khiến người bệnh phải gấp đầu gối lại. Kết quả như vậy là ta có dấu hiệu Lasègue (+).

c. Quan sát cột sống thắt lưng - cùng

- Tư thế cột sống: thường vẹo cột sống lỗi về phía bên lành.
- Thay đổi độ uốn thắt lưng: có thể thấy cột sống thắt lưng thẳng và độ cong bị xoá đi.
- Cứng cột sống: cho người bệnh cúi ra trước và uốn ra sau không gập khớp gối, khoảng cách giữa đầu ngón tay và mặt đất giúp ta xác định mọi sự thay đổi về độ cứng của cột sống.

Các động tác nghiêng sang bên phải hoặc bên trái và xoay người cũng bị giới hạn và đau.

d. Dấu hiệu thần kinh chi dưới

- Rối loạn cảm giác: giảm cảm giác hay mất cảm giác ở những vùng thuộc sự phân bố của dây thần kinh hông, định khu rối loạn cảm giác thay đổi tùy theo rễ thần kinh bị tổn thương
- Đau dây thần kinh hông L5: đau mặt ngoài đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, mu bàn chân và ngón cái.
- Đau dây thần kinh hông S1: đau mặt sau đùi, phần sau hay phần sau - ngoài cẳng chân và bờ ngoài bàn chân.
- Rối loạn vận động:
 - + Liệt nhẹ khi duỗi và gấp bàn chân. Dấu hiệu này được phát hiện khi người bệnh đi theo cách kiễng chân.
 - + Giảm trương lực cơ và có dấu hiệu hạ nếp móng bên tổn thương.

- Rối loạn dinh dưỡng ở các cơ của bụng chân và đùi, dẫn đến gây teo cơ.

4. Chẩn đoán phân biệt

a. Đau góc cùng - chậu: do hư biến khớp cùng - chậu.

- Đau lan xuống dọc theo mặt sau đùi và xuống thấp hơn.
- Có điểm đau tương ứng với khớp cùng - chậu.

b. Đau góc chậu - đùi: do tổn thương của khớp chậu - đùi (khớp háng).

- Đau không vượt qua khớp gối.
- Có rối loạn cử động khớp háng.

c. Đau dây thần kinh khác ở chi dưới

- Đau ở mặt trước đùi.
- Đau đùi - da (đau đùi dị cảm): có dấu hiệu đau ở mặt ngoài đùi kèm dấu hiệu dị cảm.
- Rối loạn tuần hoàn ở chi dưới: gặp trong bệnh xơ cứng động mạch, giãn tĩnh mạch, viêm nghẽn tĩnh mạch.

5. Điều trị

a. Điều trị nội khoa

- Giai đoạn cấp tính: trong giai đoạn đầu tiên của bệnh người ta áp dụng các biện pháp
 - + Bất động: nghỉ ngơi tuyệt đối trên giường.
 - + Dùng thuốc giảm đau: dùng các thuốc salicylat, phenacetin hoặc phenylbutazon.

Chú ý: không dùng loại thuốc morphin, codein.

- + Vitamin B không có hiệu quả rõ rệt.
- + Kéo dốt sống: có thể làm bệnh thuyên giảm.
- Giai đoạn mạn tính:
 - + Tắm nước nóng và nước khoáng.
 - + Xoa bóp phối hợp với liệu pháp vận động: lúc đầu, người bệnh vận động thụ động; sau đó chuyển sang tập chủ động khi dấu hiệu đau giảm.
- b. Điều trị phẫu thuật:* áp dụng đối với các thể bệnh
 - Thể liệt các cơ căng chân.
 - Thể mạn tính có dấu hiệu đau dây thần kinh hông dữ dội mà điều trị nội khoa không có kết quả.

BỆNH ĐỘNG KINH

1. Định nghĩa

Bệnh động kinh là hội chứng kịch phát mạn tính, có đặc điểm là những cơn co giật hoặc không co giật kèm theo hiện tượng giảm hoặc mất ý thức và đôi khi tăng hoạt động của hệ thần kinh dinh dưỡng.

2. Nguyên nhân gây bệnh

Có 2 loại động kinh với nguyên nhân khác nhau:

a. Động kinh không rõ nguyên nhân

Động kinh không có nguyên nhân được xác định hoặc không có tổn thương ở não.

Động kinh di truyền: tính chất di truyền của động kinh không rõ nguyên nhân đã được xác nhận qua những rối loạn chức năng ở não của cha mẹ người bệnh.

b. Động kinh triệu chứng: do nguyên nhân gây bệnh rõ ràng và được xác định hoặc do tổn thương não.

– Bệnh não:

- + U não (kể cả u lao ở não), áp xe não.
- + Chấn thương sọ não: động kinh xảy ra do chảy máu động mạch não giữa, do lún xương ép vào não, do sẹo xuất hiện vài tháng sau chấn thương nhẹ như đụng giập não.
- + Chấn thương sản khoa hoặc bệnh não trẻ em.

– Bệnh toàn thân có ảnh hưởng tới não hoặc định vị ở não.

- + Rối loạn tuần hoàn: động kinh khu trú có thể xảy ra trong các bệnh như nhũn não, tắc mạch não.

Bệnh não có thể lan toả ở người bệnh huyết áp cao, trong đó có thiếu máu não cục bộ cấp tính.

- + Nhiễm độc: do nhiễm độc rượu, nhiễm độc insulin, nhiễm độc carbon oxyd, nhiễm độc Pb (chì) hoặc Hg (thủy ngân).
- + Nhiễm khuẩn: các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính có thể gây cơn co giật ở trẻ nhỏ do hậu quả của sốt cao hoặc do tổn thương não trong bệnh viêm não.
- + Rối loạn chuyển hoá: động kinh có thể gặp trong các bệnh tăng urê máu (thuộc phạm vi bệnh não tăng huyết áp), bệnh giảm glucose máu (do tiêm insulin).

3. Hoàn cảnh xuất hiện

Động kinh không có nguyên nhân thường khởi phát lúc còn bé hoặc ở tuổi thanh niên.

Có thể nêu lên hoàn cảnh xuất hiện các cơn động kinh một cách khái quát như sau:

- Ở trẻ em: do chấn thương sản khoa, viêm não, nghẽn tĩnh mạch não.
- Ở thanh niên: động kinh thường không rõ nguyên nhân.
- Ở người lớn: do u não, nghiện rượu, chấn thương sọ não, rối loạn mạch máu não.
- Ở người cao tuổi: do xơ cứng động mạch não, u não.

4. Triệu chứng

Người ta phân biệt 2 thể bệnh lâm sàng học chủ yếu như sau:

a. Thể động kinh toàn thân

- Các dấu hiệu trước cơn động kinh:
 - + Các tiền triệu: thể hiện các dấu hiệu lâm sàng học trước khi lên cơn (như nhức nửa đầu, thay đổi tính tình, đau dây thần kinh, đánh trống ngực, run chân tay...).
 - + Hiện tượng thoáng qua vận động chớp mắt, nghiêng răng, chân tay vận động nhanh.
 - + Hiện tượng thoáng qua cảm giác: cảm giác rất bồng, cảm giác kiến bò.
 - + Hiện tượng thoáng qua giác quan: loá mắt, đom đóm mắt, ù tai, ngửi thấy mùi khét, ăn thấy vị khó chịu.
 - + Hiện tượng thoáng qua tâm thần: lo lắng, cơn tức giận, khi ngủ hay có giấc mơ.
 - + Hiện tượng thoáng qua phủ tạng: nấc, đánh trống ngực, buồn nôn, đau ngực.
- Cơn co giật toàn thân: xuất hiện cơn động kinh, diễn biến theo 3 giai đoạn

- + Giai đoạn co cứng: cơ chân tay co cứng, lồng ngực và cơ hoành bất động ở tư thế thở ra gắng sức, hàm khép chặt, răng nghiến, mắt trợn ngược.
- + Giai đoạn co giật: có những cơn giật đột ngột, lưỡi bị đẩy ra ngoài từng cái nhanh trong khi hàm răng khít chặt, do đó người bệnh cắn phải lưỡi. Các cơ mặt co giật làm người bệnh nhăn nhó. Có hiện tượng tăng tiết nước bọt nên người bệnh sùi bọt mép.

Các cơ thắt (cơ trơn) giãn ra nên người bệnh có thể đại tiện (tiểu tiện không tự chủ).

- + Giai đoạn hôn mê: người bệnh bất động, chùng giãn cơ, mất cảm giác và mất ý thức.

Lúc tỉnh dậy, người bệnh đau khắp mình mẩy và ý thức bị u ám.

b. Thể động kinh khu trú: còn gọi là thể động kinh Bravais - Jackson, có các dấu hiệu

- Co giật bắt đầu ở bàn tay, bàn chân hoặc ở mặt và sau lan sang các đoạn bên cạnh.
- Cơn giật có thể khu trú ở nửa người hoặc lan ra toàn thân.
- Không mất ý thức.

5. Chẩn đoán xác định

Xác định bệnh động kinh có thể dựa vào các yếu tố sau:

- Cơn kịch phát: có đặc điểm
 - + Co giật từng cơn.
 - + Người bệnh có rối loạn ý thức.
- Có tổn thương ở não hoặc bệnh não.

- Có vết bầm tím hoặc vết thương khi người bệnh bị ngã, có vết cắn lưỡi.

6. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Ngất: trong chứng ngất có dấu hiệu
 - + Không có động tác co giật.
 - + Giảm trương lực cơ.
 - + Giảm huyết áp.
- Bệnh hysteria: còn gọi là cơn hysteria (đọc là: ít - tê - ri). Cơn hysteria có đặc điểm:
 - + Khởi đầu kém đột ngột.
 - + Lưng cong, các cơ kém nhịp nhàng.
 - + Không có vết cắn lưỡi.

7. Điều trị

Cần lưu ý:

- Không điều trị người bệnh lúc đang cơn động kinh.
 - Sau cơn để người bệnh nằm yên tĩnh.
- a. Nguyên tắc chung của việc điều trị bệnh động kinh*
- Không tiến hành điều trị nếu không có chẩn đoán chính xác bệnh.
 - Bắt đầu sử dụng một thứ thuốc với liều lượng tăng dần đến khi có hiệu quả.
 - Có thể phối hợp với thuốc thứ hai, không ngừng đột ngột một liệu pháp chữa trị bệnh động kinh vì có thể gây ra một cơn động kinh liên tục.

b. Các thuốc điều trị

- Các barbituric: phenobarbital (như: gardenal, luminal) là thuốc chống co giật có hiệu quả. Có thể cho liều lượng tăng dần đến 0,4g/24h; mysolin được dùng với liều lượng 0,75g - 1g/24h.
- Diphenylhydantoin: dùng liều lượng 0,05g - 1g/24h (các biệt dược là: antisacer, solantyl, dihydant, epanutin). Thuốc diphenylhydantoin dùng để điều trị thể động kinh khu trú có hiệu quả hơn là thuốc phenobarbital. Có thể phối hợp thuốc diphenylhydantoin với thuốc phenobarbital.
- Diazepam (biệt dược: valium): có thể tiêm tĩnh mạch chậm với liều lượng 10mg - 20mg.
- Các amphetamin: có thể giúp ích để chống hiện tượng trầm cảm của một số thuốc điều trị động kinh.

c. Các biện pháp khác giúp cho điều trị

- Tuyệt đối kiêng rượu.
- Cho chế độ ăn chứa nhiều vitamin và hoa quả.
- Tránh các hoạt động nguy hiểm như: lái xe ô tô, lái xe máy.

THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM ĐỐT SỐNG

. Định nghĩa

Thoát vị đĩa đệm đốt sống là sự lồi ra của nhân nhầy của một đĩa liên đốt sống qua một chỗ rách của vòng xơ.

Thể hay gặp nhất là thoát vị đĩa đệm đốt sống thắt lưng, biểu thị ra bằng hội chứng dây thần kinh hông do chèn ép vào ác rễ thần kinh.

2. Nguyên nhân

Nguyên nhân gây nên bệnh thoát vị đĩa đệm đốt sống thường là do chấn thương. Các rối loạn có thể xuất hiện ngay tức thì hoặc sau một thời gian.

Nghi đến thoát vị đĩa đệm đốt sống chỉ khi nào có hội chứng chèn ép rễ thần kinh hoặc tuỷ sống.

Nhân nhẩy của một đĩa đệm liên đốt sống có thể lồi qua chỗ rách của vòng xơ ra trước hoặc ra sau:

- Trong trường hợp nhân nhẩy lồi ra trước: thoát vị đĩa đệm đốt sống không có triệu chứng và khỏi tự nhiên không cần điều trị.
- Trong trường hợp nhân nhẩy lồi ra sau: thoát vị đĩa đệm đốt sống có thể không có triệu chứng hoặc biểu hiện ra bằng cách chèn ép các rễ dây thần kinh và tuỷ sống.

3. Triệu chứng lâm sàng

- Thoát vị đĩa đệm đốt sống biểu hiện ra bằng dấu hiệu lâm sàng:
 - + Đau: đau phát sinh ở vùng thắt lưng - cùng và lan ra mông, đùi, bắp chân.
 - + Rối loạn vận động ở chi dưới, giảm trương lực cơ và liệt nhẹ chi dưới.

Các biểu hiện triệu chứng đầu tiên có thể xuất hiện:

- + Theo sau một chấn thương ngã ngồi, lưng đập vào vật cứng rắn.
- + Khởi đầu trong một động tác đột ngột như: trượt chân, cúi ra phía trước.
- + Trong bệnh sử những giai đoạn đau thắt lưng báo hiệu.

- Quan sát người bệnh, ta có thể thấy:
 - + Mất đường cong thắt lưng; có khi thấy gù thắt lưng, vẹo cột sống.
 - + Chuyển động của cột sống giảm, các cơ cạnh cột sống căng ở một bên và có dấu hiệu đau khu trú ở gần mẫu gai phía trên đĩa đệm đốt sống bị tổn thương.
- Dấu hiệu Lasègue dương tính (xem bài đau dây thần kinh hông).
- Giảm sút vận động và teo cơ ở chi dưới.
- Rối loạn cảm giác ở bàn chân cả hai bên.

4. Chẩn đoán bệnh theo định khu

Có hai vị trí quan trọng của bệnh thoát vị đĩa đệm đốt sống mà chúng ta thường gặp là:

a. Thoát vị đĩa sống giữa L4 và L5

Có các dấu hiệu lâm sàng học:

- Rối loạn cảm giác ở cổ chân và ngón chân cái.
- Rối loạn vận động: động tác gấp bàn chân và ngón cái về phía mu bàn chân bị suy yếu.
- Phản xạ gân gót chân bình thường và đối xứng.

b. Thoát vị đĩa đệm đốt sống giữa L5 và S1

Có các dấu hiệu lâm sàng học như sau:

- Rối loạn cảm giác ở bờ bên bàn chân và ba ngón cuối.
- Động tác duỗi bàn chân, ngón chân cái và các cơ vuông bị suy yếu.
- Phản xạ gân gót chân giảm hoặc mất ở bên tổn thương.

5. Chẩn đoán phân biệt

- Tổn thương do chấn thương thân cung đốt sống.
- Viêm đốt sống, lao cột sống (bệnh Pott).
- Viêm cứng đốt sống.
- Tổn thương thoái hoá cột sống, đặc biệt là bệnh hư cột sống hoặc hư xương sụn.
- Dị dạng đốt sống, trượt đốt sống.

6. Điều trị

a. Điều trị bảo tồn

- Nằm nghiêng trên giường cứng.
- Chườm nóng tại chỗ trên vùng thắt lưng.
- Dùng thuốc salicylat.
- Kéo cột sống.
- Người bệnh tránh mọi gắng sức và khi cúi ra phía trước phải gấp đùi.

b. Phẫu thuật: được chỉ định trong các thể nặng có dấu hiệu rối loạn vận động hoặc dấu hiệu chèn ép tuỷ sống (liệt mềm 2 chi dưới và về sau có thể chuyển sang co cứng, mất cảm giác).

NHÚC ĐẦU

1. Nguyên nhân

Rối loạn vận mạch trong não: thường thấy triệu chứng nhức đầu trong các bệnh nhiễm khuẩn và sốt, trạng thái thiếu oxy trong máu, nhiễm độc rượu, nhiễm độc thuốc lá, trạng thái đói.

- Đau nửa đầu: đau ở một bên đầu xảy ra thành từng cơn. Dùng ergotamin tartrat để điều trị thử.
- Bệnh tăng huyết áp: nhức đầu xảy ra vào buổi sáng và nhức đầu ở vùng chẩm.
- Viêm động mạch thái dương: đau đầu ở hai bên.
- Các nguyên nhân ở não: bệnh tăng áp lực nội sọ, bệnh u não, bệnh áp xe não bệnh viêm màng não.
- Các nguyên nhân ngoài sọ: viêm xoang, viêm tai giữa, viêm xương chũm bệnh glaucoma (glôcôm) ở mắt.
- Nhiễm độc các chất: rượu, carbon oxyd, thuốc lá, thuốc histamin (thuốc histamin gây nhức đầu một bên, giãn mạch nửa đầu và chảy nước mắt).
- Nhức đầu sau chấn thương sọ.

1. Chẩn đoán

- Dựa vào hỏi người bệnh những đặc điểm của cơn nhức đầu, như: kiểu đau, cường độ và vị trí của đau, thời gian đau, tỷ lệ các cơn đau.
- Nhức đầu thông thường không phải bao giờ cũng có một vị trí rõ mặc dù nhiều khi nhức đầu ở vùng chẩm và vùng trên hố mắt
- Nhức đầu được khởi phát và tăng lên do trạng thái tăng xúc cảm hoặc lo lắng.

1. Điều trị

a. Các biện pháp chung

- Nghỉ ngơi thể lực và tâm thần.
- Dùng thuốc an thần: gardenal, lumival.

- Thuốc chống đau: không nên dùng liên tục trong thời gian dài. Dùng thuốc acid acetyl salicylic, uống với liều lượng 1g - 3g trong 24 giờ. Có thể phối hợp với codein (uống với liều lượng 0,01g - 0,10g trong 24 giờ).

b. Điều trị nguyên nhân gây bệnh: điều trị xoá bỏ nguyên nhân khi nguyên nhân gây nhức đầu được xác định.

NHÚC NỬA ĐẦU

1. Định nghĩa

Bệnh nhức nửa đầu còn gọi là bệnh Migraine. Bệnh có đặc điểm là có những cơn nhức đầu tái hồi, có hay không có kèm theo các rối loạn thị giác và tiêu hoá.

2. Nguyên nhân

- Bệnh mang tính chất di truyền rõ rệt. Có thể phát hiện được nguyên nhân dị ứng, nguyên nhân nội tiết hay nguyên nhân tiêu hoá.
- Một số rối loạn tâm thần (như: mặc cảm, tự ty), một cảm xúc quá mức có thể gây ra trạng thái căng thẳng và gây nên chứng nhức nửa đầu.
- Co thắt các động mạch não gây nên rối loạn thần kinh nhất thời có thể dẫn đến cơn nhức nửa đầu.
- Co cứng phản xạ các cơ cổ và gáy góp phần nên chứng nhức nửa đầu.

3. Triệu chứng lâm sàng

- Nhức nửa đầu (còn gọi là đau nửa đầu) thường gặp ở bên trái. Đau có thể liên tục, có tính chất đập và đau tăng lên bởi các cử động của đầu.

- Cơ nhức nửa đầu có kèm theo dấu hiệu toàn thân, dễ kích động, da xanh tái, buồn nôn và nôn, rối loạn tiêu hoá.
- Có khi có dấu hiệu đom đóm mắt trước khi xuất hiện cơn đau đầu. Thường hay có dấu hiệu sợ ánh sáng, chảy nước mắt và sung huyết kết mạc.

Ghi chú:

- Lúc hết cơn có dấu hiệu:
 - + Thải trừ nhiều nước tiểu.
 - + Biểu hiện triệu chứng dạng cơn hen hoặc phù mạch, loạn thần kinh chức năng ở mí mắt (gọi là phù Quincks).
- Giữa các cơn: người bệnh hoàn toàn khoẻ mạnh.

4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với bệnh u não hay bệnh tai biến mạch máu não khi có hai dấu hiệu:

- Nhức nửa đầu.
- Liệt nửa người.

5. Điều trị

a. Điều trị cơn nhức nửa đầu.

- Thuốc acid acetyl salicylic: uống với liều lượng 1g - 3g trong 24 giờ.
- Thuốc ergotamin tartrat: tiêm tĩnh mạch với liều lượng 0,05mg - 0,10mg, mỗi tuần một lần.
- Dùng hỗn hợp ergotamin tartrat và cafein có kết quả tốt.

Ghi chú:

- + Chống chỉ định dùng ergotamin trong các bệnh nhiễm khuẩn hay nhiễm độc, bệnh mạch máu ngoại biên, xơ cứng động mạch vành và trường hợp thai nghén.

- + Tác dụng độc của ergotamin có biểu hiện: cảm giác kiến bò ở chi, đau cơ, có khả năng tai biến mạch máu ngoại biên.
- + Dihydro ergotamin: có thể thay thế ergotamin tartrat, với liều lượng 1mg và dùng theo đường uống.
- + Cho ngủ oxy trong các cơn dữ dội.

b. Điều trị dự phòng

- Làm triệt toả cơn bằng các biện pháp:
 - + Tắm ngâm nước nóng.
 - + Nằm nghỉ trên giường trong tối.
 - + Uống gardenal 0,1g.
 - + Ngâm dưới lưỡi 3mg ergotamin tartrat.
 - + Uống 0,5g acid acetyl - salicylic.
 - + Ngủ oxy.
- Nhức nửa đầu có thể là một bệnh tâm thần - thân thể, do vậy có thể dùng biện pháp tâm lý là có cơ sở.

ĐAU ĐẦU CHI

1. Định nghĩa

Đau đầu chi là một bệnh trẻ em có đặc điểm là: đỏ, phỏng và dị cảm đau bàn tay và bàn chân, tim đập nhanh, tăng huyết áp, có trạng thái vật vã kèm chán ăn và sợ ánh sáng.

2. Nguyên nhân

Cho đến nay người ta vẫn chưa biết rõ nguyên nhân gây bệnh.

3. Triệu chứng

- Trẻ em từ 6 tháng đến 6 tuổi hay mắc bệnh.
- Rối loạn vận mạch các đầu chi, có đặc điểm là: dị cảm đau; bàn tay và bàn chân đỏ, phồng và đôi khi có rối loạn dinh dưỡng (nhất là ở gan bàn tay và gan bàn chân).
- Rối loạn thần kinh: dễ kích động, sợ ánh sáng, vô tình cảm.
- Tăng huyết áp, tim đập nhanh.
- Ra nhiều mồ hôi khu trú ở đầu chi hoặc toàn thân.
- Thường có nhiễm khuẩn nhẹ ở đường hô hấp và rối loạn tiêu hoá.

4. Tiến triển

Tiến triển của bệnh là tốt, khỏi sau 5 - 7 tháng, không có li chứng.

5. Điều trị

- Chữa triệu chứng.
- Dùng thuốc an thần.

CHỨNG NGỦ RŨ

1. Định nghĩa

Chứng ngủ rũ có đặc điểm là những cơn ngủ đột ngột và không chống lại được, thường phối hợp với giảm trương lực cơ.

2. Nguyên nhân

- Ngủ rũ tự phát không rõ nguyên nhân

- Ngủ rũ phối hợp với một tổn thương thực thể của hệ thần kinh trung ương (như bệnh: u não, viêm não - tuy...)

3. Triệu chứng

- Cơ ngủ rũ kéo dài.
- Cơ giảm trương lực cơ nhiều khi phát sinh do một cảm xúc (cười, khóc).
- Một số trường hợp có biến chứng: rối loạn thân kinh dinh dưỡng, giảm năng sinh dục, béo phì, tăng hồng cầu, đại tháo nhạt.

4. Tiến triển

Cơ ngủ rũ thường tồn tại kéo dài nhiều năm.

5. Điều trị

Điều trị triệu chứng và tác động chủ yếu trên giấc ngủ. Riêng triệu chứng giảm trương lực cơ gây ra do cảm xúc thì không thay đổi được.

Dùng các thuốc:

- Amphetamin: liều lượng dùng 10mg - 20mg x 3 lần/24 giờ hoặc dexamfetamin với liều lượng 5mg vào buổi sáng.
- Methylphenidat (pitalin) với liều lượng 5mg - 10mg x 3 lần/24 giờ.

MÊ SÁNG

1. Định nghĩa

Mê sáng là trạng thái lú lẫn tâm thần kèm kích thích tâm thần - vận động và các rối loạn nhận thức.

2. Nguyên nhân

Các nguyên nhân hay gặp:

a. Các bệnh toàn thân đã được xác định

- Bệnh nhiễm khuẩn cấp tính: nhiễm khuẩn máu, viêm phổi, viêm gan, thấp khớp cấp.
- Suy tim nặng, thiếu máu ác tính.
- Rối loạn thăng bằng của các dịch và các chất điện phân.

b. Hội chứng thần kinh kèm các dấu hiệu khu trú:

Gặp trong các bệnh:

- Viêm não, viêm màng não mủ, lao màng não.
- Tai biến mạch máu não, áp xe não, u não, chấn thương sọ não, sau cơn co giật.

c. Nhiễm độc

- Nhiễm độc nội tiết tố giáp trạng, nhiễm độc thuốc ACTH, nhiễm độc barbituric mạn tính.
- Nhiễm độc: morphin, cocain, heroin, codein, amphetamin, Hg (thủy ngân), Pb (chì).

3. Triệu chứng

Có các dấu hiệu:

- Lẫn tâm thần: mất định hướng không gian.
- Rối loạn tri giác: ảo tưởng và ảo giác.
- Rối loạn vận động: thường gặp dấu hiệu run tay chân.
- Dấu hiệu thần kinh khu trú: giãn đồng tử, tim đập nhanh, toát mồ hôi (dễ gây nguy cơ mất nước).

4. Chẩn đoán

Dựa vào triệu chứng lâm sàng kèm theo bệnh nguyên nhân.

Mê sảng thứ phát sau một bệnh nội khoa cần được phân biệt với:

- Mê sảng do bệnh tâm thần, tâm thần phân liệt.
- Mê sảng do mất trí ở người cao tuổi.

5. Điều trị

- Điều trị bệnh nguyên nhân.
- Truyền nước hoặc truyền dịch cho người bệnh.
- Dùng thuốc an thần kinh: chỉ với liều lượng tối thiểu đã có hiệu quả.

HỘI CHỨNG CHÓNG MẶT DO TAI

(hội chứng kích động tiền đình cấp)

Hội chứng chóng mặt do tai còn gọi là hội chứng kích động tiền đình cấp tính hoặc hội chứng Ménière.

1. Định nghĩa

Hội chứng chóng mặt do tai là những cơn chóng mặt kèm rung giật nhãn cầu, nhiều khi có buồn nôn hoặc nôn, ra mồ hôi, nhức đầu và trạng thái lả. Ngoài ra còn có ù tai và giảm dẫn thính lực ở một bên.

2. Nguyên nhân

Nhà y học Ménière đã mô tả hội chứng này xuất hiện do nguyên nhân chảy máu ở tai trong.

Người ta thấy có tổn thương:

- Phù mê đạo: do rối loạn vận mạch nguồn gốc nhiễm khuẩn, nhiễm độc hay xơ cứng động mạch.
- Giãn hệ thống nội bạch huyết.

. Triệu chứng lâm sàng

- Ủ tai và giảm thính lực.
- Chóng mặt dữ dội có thể kéo dài vài giờ, có biểu hiện rung giật nhãn cầu và rối loạn thăng bằng kèm theo dáng đi xiêu vẹo.
- Trong cơn, người bệnh xanh tái, ra mồ hôi và buồn nôn.
- Người bệnh bị điếc hoàn toàn sau một thời gian.
- Giữa các cơn, không có một rối loạn nào trừ triệu chứng điếc.

4. Tiến triển

- Bệnh chuyển thành mạn tính và tiến triển từng đợt.
- Rối loạn thính giác tiến triển dần dần và có thể dẫn tới điếc.
- Dấu hiệu chóng mặt có thể mất.

5. Điều trị

Trong cơn chóng mặt: người bệnh nằm trên giường trong căn phòng yên tĩnh và ít có chiếu sáng.

- Cho chế độ ăn kiêng muối.
- Các thuốc điều trị:
 - + Amoni clorua: uống 6 viên sau bữa ăn mỗi ngày (mỗi viên có liều lượng 0,5g).

- + Acetazolamid hoặc chlorothiazid có tác dụng tốt.
- + Thuốc barbituric: dùng thuốc gardenal 0,01g - 0,02g/24h có hiệu quả.
- + Thuốc kháng histamin: phenergan, thiantan...

BỆNH PARKINSON

Bệnh Parkinson còn gọi là bệnh liệt rung.

1. Định nghĩa

Bệnh Parkinson là bệnh có đặc điểm là: run, cứng xơ và những động tác chậm chạp.

2. Nguyên nhân

Người ta phân biệt:

- Bệnh Parkinson không rõ nguyên nhân.
- Bệnh Parkinson thứ phát sau viêm não.

a. Bệnh Parkinson không rõ nguyên nhân

- Thường gặp ở người trên 50 tuổi và được gọi là bệnh Parkinson lão suy.
- Nguyên nhân của bệnh không do xơ cứng động mạch và chưa được biết rõ.
- Sốc cảm xúc hay chấn thương: xuất hiện vào lúc khởi đầu của bệnh và được lưu ý tới một rối loạn kín đáo đã có từ trước.

b. Bệnh Parkinson sau viêm não

- Xuất hiện sau bệnh viêm não một thời gian vài tháng hoặc vài năm.

- Có thể gặp ở người trẻ tuổi.
- Bệnh Parkinson chứng tỏ rằng quá trình nhiễm khuẩn chưa hết hẳn.

Ngoài hai thể bệnh Parkinson chủ yếu trên đây, người ta còn chú ý đến trạng thái Parkinson để chỉ những thương tổn của hệ thống ngoài bó tháp. Trạng thái Parkinson có thể gặp trong quá trình một số bệnh sau:

- + Nhiễm độc: carbon oxyd, thủy ngân (Hg), thuốc barbituric.
- + Thiếu oxy trong tế bào não (ví dụ: sau khi thắt cổ).
- + Thuốc an thần thuộc loại phenothiazin, reserpin.
- + Các bệnh của hệ thần kinh trung ương như: rối loạn mạch máu não, chấn thương sọ. Các bệnh này gây ra một số rối loạn ngoài bó tháp.

3. Triệu chứng lâm sàng

a. Thời kỳ bắt đầu

- Bệnh bắt đầu âm ỉ cho tới mức run.
- Các động tác chậm chạp.
- Nét mặt trở lỳ (vô cảm).

b. Thời kỳ toàn phát

- Run các ngón tay khi nghỉ ngơi (gọi là run thể tĩnh). Hiện tượng run giảm đi khi có động tác có ý thức và tăng lên trong trạng thái cảm xúc. Hiện tượng run ngón tay mất đi trong khi ngủ.
- Cứng cơ:
 - + Tăng trương lực cơ nên động tác tự chủ của người bệnh gặp khó khăn.

- + Tăng trương lực cơ ngoài bó tháp có tính chất lan toả và có xu hướng cố định các tư thế.
- + Có sự tăng giảm của trương lực cơ qua các cử động thụ động của cánh tay và cánh tay.
- + Cơ lực hữu ý không giảm rõ rệt, các phản xạ tư thế tăng lên.
- Về mặt tro lý: các cơ ở mặt bất động và về mặt đồ dẫn, mắt mờ và chảy nước mắt, tăng tiết nước bọt nên có hiện tượng nước bọt ứa ra ở mép.
- Cử động chậm chạp.
- Mất các động tác tự động và phối hợp (ví dụ: khi đi không vung vẩy tay), dáng đi vội vã, thể hiện qua hiện tượng người bệnh đi từng bước nhỏ nhanh và thân cúi ra phía trước. Người bệnh gặp khó khăn khi xoay người ở trên giường và đứng dậy có khi bị ngã.
- Lúc đầu, lời nói chậm, sau đó trở thành nói khó và nhanh.
- Trạng thái tâm thần của người bị bệnh Parkinson vẫn được giữ nguyên vẹn.

Ghi chú:

Trong bệnh Parkinson sau viêm não, các rối loạn trí tuệ có thể nặng lên, tăng trương lực cơ, run ngón tay có thể không xuất hiện vì dấu hiệu liệt rung không có "rung".

4. Chẩn đoán xác định

- Thể không rõ nguyên nhân: gặp ở người từ 50 tuổi trở lên.
- Run ngón tay khi nghỉ ngơi và có động tác bề vụn liên tục (gọi là động tác về thuốc lều), nét mặt tro lý.
- Dáng đi vội vã, hiện tượng cứng cơ thay đổi khi làm các cử động tự động.

Chẩn đoán phân biệt

- Xơ cứng động mạch rải rác:
 - + Run hữu ý.
 - + Rung giật nhãn cầu.
- Run lão suy:
 - + Dấu hiệu run tay tăng lên nhân dịp cử động hữu ý.
 - + Không có dấu hiệu cứng cơ.
- Xơ cứng động mạch não:
 - + Mất trí.
 - + Có cơn đột quỵ xảy ra trước.

. Tiến triển

Tiến triển tốt hay xấu của bệnh phụ thuộc phần lớn vào việc chăm sóc người bệnh từ giai đoạn tàn tật.

. Điều trị

a. Điều trị toàn thân

- Liệu pháp tâm lý:
 - + Người bệnh cố gắng duy trì mọi hoạt động của bản thân.
 - + Tránh mọi cảm xúc làm cho bệnh nặng thêm.
- Xoa bóp và thực hiện các cử động thụ động có tác dụng tốt đối với cứng cơ.

b. Điều trị đặc hiệu

- Dùng thuốc giảm đau và thuốc ngủ.

- Amphetamin: có hiệu quả khi suy nhược, liều lượng 10mg x 2 lần/24 giờ
- Thuốc chống co thắt: dùng với liều lượng tăng dần.
 - + Atropin sulfat hay scopolamin brom hydrat: dùng liều lượng 0,3mg - 0,4mg/24 giờ và tăng liều lượng dần lên cho tới mức gây khô miệng và rối loạn điều tiết.
 - + Datura stramonium: thuốc loại bột, dùng liều lượng 0,3 - 0,7g/24 giờ hoặc thuốc loại viên 0,1g/viên.

Ghi chú: để làm giảm tác dụng độc hại của các thuốc trên, có thể dùng thêm thuốc pilocarpin với liều lượng 0,5 mg/24 giờ.

- Rabellon: Bắt đầu cho uống 1 viên/24 giờ và tăng dần tới 3 - 4 viên mỗi ngày.
- Parpamit: cho dùng liều lượng 20mg - 40mg/24 giờ và chia làm 5 - 6 lần để uống, bắt đầu uống liều lượng nhỏ rồi tăng dần, liều tối đa: 150mg/24 giờ.
- Diparcol: dùng với liều lượng 0,1mg - 0,5mg/24 giờ, chia làm 5 - 6 lần rồi tăng dần cho tới liều tối đa hàng ngày là 2g.
- Artane: dùng liều lượng 1mg - 5mg x 3 lần/24 giờ.

c. Điều trị phẫu thuật

Áp dụng trong trường hợp bệnh Parkinson nửa người.

TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

Tai biến mạch máu não cùng nghĩa với chảy máu não, nghẽn mạch não, tắc mạch não, đột quỵ não.

1. Định nghĩa

Tai biến mạch máu não là những tổn thương do một tổn thương của mạch máu não, đôi khi ở ngoài não, tiến triển

trong thời gian ngắn đến những hội chứng thần kinh nhẹ hoặc nặng và có khả năng hồi phục.

2. Nguyên nhân

Các thể bệnh của tai biến mạch máu não có nguyên nhân khác nhau.

a. Chảy máu não

- Xơ cứng động mạch, có khi xơ cứng động mạch kèm tăng huyết áp.
- U não.
- Chấn thương sọ.
- Xúc cảm, gắng sức (như: ho, nôn..) là những yếu tố khởi phát.

Chảy máu thường xảy ra ở trong động mạch não giữa, ở bên trái hơn là ở bên phải.

b. Nghẽn mạch não

- Xơ cứng động mạch.
- Nhiễm độc chì (Pb) mạn tính.
- Suy tim, tăng hồng cầu.

Nghẽn một động mạch gây ra nhồi máu kèm nhũn vùng não được tưới máu.

c. Tắc mạch não

- Bệnh tim trái như hẹp lỗ van hai lá, viêm màng trong tim chậm: gặp ở người trẻ tuổi.
- Nhồi máu cơ tim, bệnh rung nhĩ thất: gặp ở người lớn tuổi.

Tắc mạch não do cục máu đông (hoặc do mỡ, do hơi) bít động mạch não lại và gây ra nhồi máu não. Nếu cục máu đông bị nhiễm khuẩn thì có thể hình thành áp xe não.

d. Thiếu máu não cục bộ nhất thời

- Do thu hẹp lòng các mạch máu ngoài não, như: trong bệnh hẹp lòng động mạch cảnh trong, tắc động mạch dưới đòn.
- Tắc mạch do các mảnh rất nhỏ của các mảng vữa động mạch ở trong hoặc ở ngoài não.
- Thiếu máu nặng, tăng hồng cầu.
- Giảm glucose máu.

3. Triệu chứng

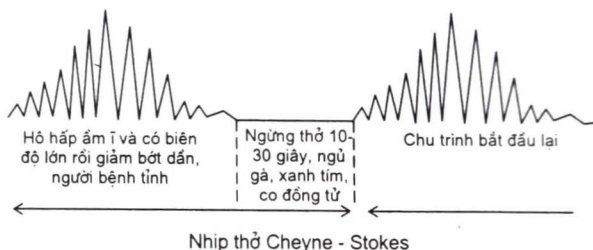
Bệnh cảnh lâm sàng học của tai biến mạch máu não là một đợt quy có hoặc không kèm theo liệt nửa người.

Triệu chứng lâm sàng học như sau:

a. *Dấu hiệu báo trước*: ít khi có, có thể chảy máu não kèm một vài động tác co giật. Tắc mạch não bao giờ cũng bắt đầu một cách đột ngột.

b. *Thời gian hôn mê*: nếu thời gian hôn mê kéo dài quá 48 giờ thì tiến triển của bệnh thường xấu.

- Mặt đỏ.
- Đồng tử không phản ứng với ánh sáng, phản xạ giác mạc mất.
- Thở khô khè, dần dần xuất hiện nhịp thở Cheyne - Stokes làm cho bệnh tiến triển xấu.



Nhịp thở Cheyne - Stokes là một thể khó thở kịch phát, xuất hiện vào lúc người bệnh thiếp ngủ: sau một thời gian ngừng thở vào khoảng 30 giây, nhịp thở xuất hiện lại, dần dần trở nên thở sâu hơn để lại tiếp tục thở nông dần 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.

- Nhiệt độ tăng.

c. Dấu hiệu thần kinh

- Thường xuất hiện liệt nửa người và rối loạn lời nói.
- Có thể thấy liệt phối hợp mắt và đầu, liệt mặt.
- Phản xạ gân giảm do sốc thần kinh.
- Phản xạ gan bàn chân: duỗi ở bên liệt (dấu hiệu Babinski dương tính).

2. Tiến triển

- Trường hợp thương tổn ít quan trọng: người bệnh sống sót và các rối loạn thần kinh thuyên giảm. Khả năng vận động hồi phục tốt ở chi dưới hơn là ở chi trên.

Còn lại dấu hiệu cứng và rung về một chi hoặc một bên người, rối loạn lời nói còn tồn tại.

- Một số ít trường hợp có sự thuyên giảm hoàn toàn.
- Trường hợp tiến triển xấu có các dấu hiệu: hôn mê kéo dài, sốt cao, mạch và nhịp thở tăng dần. Người bệnh có thể tử vong do viêm phế quản - phổi hoặc do nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng học sau đây:

- Xuất hiện đột ngột các rối loạn thần kinh, mất ngôn ngữ nhẹ, rối loạn khu trú về vận động và cảm giác hoặc liệt nửa người, hôn mê.
- Lúc đang bị bệnh: thường xảy ra nhức đầu, có thể kèm theo dấu hiệu phản ứng màng não và co giật, nôn.

6. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Co thắt mạch máu não:
 - + Không có hôn mê.
 - + Dấu hiệu thần kinh xuất hiện trong thời gian ngắn.
 - + Xanh tái.
- Chứng đờ đẫn sau cơn động kinh:
 - + Cấn vào lưỡi.
 - + Không có liệt nửa người.
 - + Có thể bị đột quỵ trong khi lên cơn.
- Viêm màng não và viêm não.
- Áp xe não: có trạng thái nhiễm khuẩn và có ổ nhiễm khuẩn ở tai, ở da hoặc ở phổi.
- U não:
 - + Liệt nửa người.
 - + Dấu hiệu tăng áp lực sọ não.
- Cảm nắng: có dấu hiệu say nắng trong tiền sử bệnh.

7. Điều trị

a. Điều trị tại biến mạch máu não

- Nằm nghỉ tuyệt đối.
- Cho ăn bằng thìa hoặc bằng ống thông cao su.
- Cần thay đổi tư thế thường xuyên để tránh tổn thương loét ở phần mềm và tránh viêm phổi do ứ máu khi nằm lâu dài.
- Hút đờm rãi để làm thông đường thở khi có nhiều dịch tiết gây khó thở.
- Bảo đảm các khớp không bị cố định ở tư thế xấu.
- Thuốc an thần barbituric, không dùng morphin.
- Thuốc kháng sinh: dùng để điều trị và đề phòng nhiễm khuẩn.
- Tăng áp lực nội sọ: có thể chọc ống sống thắt lưng để lấy ra một lượng dịch não tủy đủ để hết triệu chứng nhức đầu. Kỹ thuật này chỉ được thực hiện ở cơ sở y tế chuyên khoa.

b. Điều trị các di chứng

- Xoa bóp và vận động thụ động các cơ bị liệt: cần động viên người bệnh cố gắng cử động các cơ liệt.
- Để người bệnh ngồi dậy có chỗ dựa lưng với thời gian tăng dần.
- Tập đi sớm nếu có thể.

XƠ CỨNG ĐỘNG MẠCH NÃO

Xơ cứng động mạch não thường gặp ở nam giới với lứa tuổi trên 60 tuổi trở lên.

1. Triệu chứng lâm sàng

a. Triệu chứng thần kinh

- Các triệu chứng đi kèm đột quỵ như: liệt nửa người, rối loạn lời nói, phản xạ gân giảm, dấu hiệu Babinski dương tính ở bên liệt.
- Nhức đầu dai dẳng, ù tai, chóng mặt, cơn co giật.
- Ở thể lâm sàng giả Parkinson có dấu hiệu: co cứng cơ, nét mặt trờ lý, dáng đi bước ngắn.

b. Triệu chứng tâm thần: xuất hiện ở giai đoạn bắt đầu của bệnh xơ cứng động mạch não.

Các triệu chứng tâm thần có thể gặp:

- Mất trí nhớ tâm thần chậm chạp.
- Cảm xúc bất ổn định.
- Tăng trạng thái khó chịu, rất ít khi có trạng thái sảng khoái.

2. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

a. Liệt toàn thể: các dấu hiệu thần kinh đặc trưng.

b. Liệt rung Parkinson: có triệu chứng lâm sàng như

- Không bị mất trí.
- Run đặc trưng.

c. Bệnh Pick và Alzheimer: có triệu chứng lâm sàng như

- Mất trí rõ rệt hơn.
- Không có dấu hiệu thần kinh.

- Tiến triển của bệnh dần dần.

d. *U não*: cần phân biệt với bệnh xơ cứng động mạch não làm tăng huyết áp và biến đổi đáy mắt.

Điều trị

Điều trị triệu chứng.

VIÊM DÂY THẦN KINH

Nguyên nhân

Các nguyên nhân thường gặp là:

- Chấn thương trực tiếp: đụng giập, kéo, ép, tiêm thuốc vào cơ bắp quá sâu.
- Nhiễm độc: thường gây viêm nhiễm dây thần kinh.
- Lạnh: gặp liệt mặt do lạnh.

Triệu chứng lâm sàng

a. *Đau*: những cử động gây căng hay ép dây thần kinh đều gây đau. Ngoài ra, dây thần kinh còn cảm thụ với động tác ấn mạnh vào các điểm xuất lộ. Ví dụ:

Các điểm Walleix đối với chứng đau dây thần kinh hông xem bài đau dây thần kinh hông).

b. *Các rối loạn cảm giác*: có rối loạn cảm giác ở khu vực do dây thần kinh bị thương tổn chi phối.

c. *Rối loạn vận động*: có hiện tượng giảm cơ lực đơn thuần tiến hiện tượng liệt các cơ được phân bố tác dụng của thần kinh.

- Cơ duỗi thường bị tổn thương nhiều hơn cơ gấp.

- Các phản xạ gân có liên quan giảm hoặc mất.
- Có teo cơ và những rối loạn vận mạch ở da.
- Da lạnh hay xanh tím.
- Co cứng có thể tiếp theo liệt.

3. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

- Bệnh khớp:
 - + Đau các khớp.
 - + Các cử động bị giới hạn và teo cơ.
 - + Không có rối loạn cảm giác.
- Không chẩn đoán là viêm dây thần kinh khi nào có phản xạ gân dương tính và còn nguyên vẹn mạch máu ở trong vùng bị thương tổn.

4. Điều trị

- Điều trị nguyên nhân gây bệnh.
- Dùng thuốc: vitamin B1 và B12, thuốc giảm đau.
- Nghỉ ngơi và tránh co cứng khớp, cố gắng thực hiện các động tác chủ động.

VIÊM NHIỀU DÂY THẦN KINH

1. Định nghĩa

Viêm nhiều dây thần kinh là bệnh viêm các dây thần kinh ngoại biên cấp tính hay bán cấp rải rác, hai bên và đối xứng,

tác động chủ yếu đến các phản xạ của tứ chi, gây ra các rối loạn cảm giác và vận động.

2. Nguyên nhân

- Thiếu vitamin, nhất là thiếu vitamin B1 (thiamin), tê phù, rối loạn ruột, thai nghén.
- Chuyển hoá: các bệnh do chuyển hoá như bệnh tiểu đường, bệnh thiếu máu ác tính, bệnh goutte (gút), suy mòn do bệnh lao.
- Bệnh nhiễm độc: nhiễm độc rượu kèm thiếu vitamin B1, nhiễm độc chì (Pb), nhiễm độc thuốc emetin.
- Bệnh nhiễm khuẩn: bệnh cúm, bệnh sốt rét, bệnh uốn ván, bệnh lậu, bệnh phong (hủi), bệnh bạch hầu.

Ghi chú: viêm nhiều dây thần kinh do nhiễm độc rượu chủ yếu gặp ở người lớn. Ở trẻ em, viêm nhiều dây thần kinh thường do bệnh bạch hầu gây nên.

3. Triệu chứng

Có những rối loạn thần kinh sau đây:

a. Rối loạn cảm giác

- Phối hợp cảm giác đau và bỏng ở bàn chân, đau tăng lên về ban đêm. Người bệnh thấy triệu chứng đau khi bị ép vào thân thần kinh.
- Rối loạn cảm giác ở ngoại biên: tăng triệu chứng đau, cảm giác giảm hoặc mất toàn bộ.
- Mất cảm giác tư thế nên người bệnh mất thăng bằng tư thế.

b. Rối loạn vận động

- Có thể bệnh bắt đầu bằng rối loạn vận động.

- Các rối loạn này có thể dẫn tới liệt hoàn toàn các cơ duỗi bàn tay, sau đó dẫn tới liệt các cơ cẳng chân trước.
- Liệt nhẽo hai chân và kèm hiện tượng teo cơ.

c. Rối loạn phản xạ

Phản xạ gân và phản xạ da giảm, đôi khi mất phản xạ.

d. Rối loạn vận mạch

- Sung huyết da, rồi chuyển xanh tím.
- Rối loạn dinh dưỡng da.

4. Các thể bệnh theo nguyên nhân

a. Viêm nhiều dây thần kinh do nghiện rượu: thiếu vitamin B1 là yếu tố chủ yếu của nguyên nhân gây bệnh.

Triệu chứng lâm sàng có thể gặp:

- Đau ở hai chi dưới.
- Rối loạn khi người bệnh bước đi do liệt các cơ phía trước và ngoài cẳng chân (gọi là dấu hiệu chân rữ).
- Có tổn thương các cơ duỗi ở hai chi trên (gọi là dấu hiệu bàn tay thông).
- Mất phản xạ gân không có dấu hiệu Babinski.
- Có thể liệt hai chi dưới, gặp trong trường hợp bệnh nặng.
- Có thể thấy rối loạn tâm thần kèm dấu hiệu mất định hướng, hay quên.
- Thường có dấu hiệu của xơ gan.

b. Viêm nhiều dây thần kinh do bệnh tiểu đường: triệu chứng lâm sàng có thể gặp là

- Thương tổn chủ yếu ở hai chi dưới gây nên mất phản xạ gân bánh chè.

- Có rối loạn cảm giác ở hai chi dưới, chủ yếu là giảm đau, giảm cảm giác và giảm nhiệt độ.
- Rối loạn thần kinh thực vật: có các dấu hiệu như ra nhiều mồ hôi, nhịp tim nhanh, giảm huyết áp thể đứng.
- Có thể gặp rối loạn các cơ thắt lưng và rối loạn sinh dục.
- Rối loạn dinh dưỡng: có rối loạn dinh dưỡng ở các đầu ngón chân do hai nguyên nhân.
 - + Do thiếu máu cục bộ, gây nên bởi tắc động mạch.
 - + Do thần kinh, dinh dưỡng.

c. *Viêm nhiều dây thần kinh do bệnh bạch hầu*: triệu chứng lâm sàng có thể gặp

- Đầu tiên: liệt thể mi kèm rối loạn điều tiết nên gây ra rối loạn nhìn gần.
- Tiếp theo: có thể thấy liệt nhẹ hai chi dưới kèm rối loạn cảm giác.

d. *Viêm nhiều dây thần kinh do nhiễm độc arsen (arsenic)*, ệu chứng lâm sàng có thể gặp:

- Đau: triệu chứng đau rất mạnh.
- Rối loạn dạ dày - ruột.
- Mi mắt húp sưng.
- Có hiện tượng tăng sừng hoá ở da.
- Có tổn thương ở móng (tay, chân).
- Rối loạn vận động của ổ sau cẳng chân.

Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định bệnh dựa vào các yếu tố sau:

- Cảm giác đau và bỏng ở các phần xạ của tứ chi.

- Rối loạn cảm giác ngoại biên ở vùng chi phối bởi dây thần kinh, mất cảm giác tư thế kèm theo dấu hiệu mất thăng bằng.
- Giảm hoặc mất phản xạ, rối loạn vận động có thể dẫn tới liệt, teo các cơ bị tổn thương.

6. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Xơ cứng rải rác.
- Teo cơ tiến triển.
- Viêm khớp, viêm cơ.
- Rối loạn thần kinh chức năng.
- Viêm tuỷ xám trước cấp tính.

7. Điều trị

a. Điều trị nguyên nhân gây bệnh

- Viêm nhiều dây thần kinh do nghiện rượu: cần phải cai tất cả các loại rượu.
- Viêm nhiều dây thần kinh do arsen: dùng dimecaprol (BAL) có hiệu quả.

b. Các biện pháp chung

- Nằm nghỉ trên giường.
- Giữ các khớp ở tư thế tốt để tránh hậu quả co cứng khớp.
- Dùng thuốc giảm đau.
- Thực hiện các động tác chủ động khi người bệnh đã qua giai đoạn cấp tính của bệnh.

c. Điều trị đặc hiệu

Dùng thuốc vitamin B1 với liều lượng 10mg - 15mg x 3 lần mỗi ngày. Dùng vitamin B12 với liều lượng tối đa 1000γ/24 giờ.

- Dùng acid nicotinic tiêm tĩnh mạch với liều lượng 100mg x 2 - 3 lần/24 giờ cho hiệu quả tốt.
- Men bia: uống 2 - 3 thìa cà phê mỗi ngày.

VIÊM MÀNG NÃO

Định nghĩa

Viêm màng não là viêm cấp tính hoặc mạn tính các màng não và của tủy.

Nguyên nhân

Vi khuẩn: vi khuẩn gây ra một phản ứng viêm thanh mạc tạo ra một dịch tiết chứa bạch cầu đa nhân bị huỷ hoại. Đó thể viêm màng não mủ. Các vi khuẩn thường gặp là: màng não cầu, phế cầu khuẩn, liên cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn.

Trực khuẩn lao gây viêm màng não hạt, không có mủ ở ch tiết ở thanh mạc.

- Vi rút (vi rút).
- Nấm: thường gặp loại nấm Cryptococcus hay còn gọi là nấm Torula.

Ghi chú: nhiễm khuẩn có thể đi theo hai đường

- + Đường máu: nguồn vi khuẩn thường gặp là ổ nhiễm khuẩn ở mũi - họng, ở phổi.

- + Đường tiếp giáp: từ ổ nhiễm khuẩn ở xương chũm, tai, ở các xoang, áp xe não.

3. Chẩn đoán

Tổn thương ở màng não: biểu hiện bởi một hội chứng màng não.

a. Triệu chứng cơ năng

- Nhức đầu: nhức đầu có thể kèm theo đau dọc cột sống.
- Nôn: nôn vọt không liên quan với bữa ăn.
- Mạch chậm.

b. Triệu chứng thực thể

- Cơ co cứng.
- Cứng gáy.
- Không có khả năng làm duỗi hoàn toàn cẳng chân trên đùi (vuông góc với đùi) khi người bệnh ngồi ở giường. Dấu hiệu đau ở vùng thắt lưng làm hạn chế động tác này. Khi có dấu hiệu này thì được gọi là dấu hiệu Kernig dương tính.
- Rối loạn vận mạch.
- Tăng cảm giác da.

c. Dấu hiệu thần kinh

- Cơ co giật.
- Sợ ánh sáng.
- Rối loạn tâm thần: trầm uất, rối loạn ý thức, mê sảng
- Liệt, chủ yếu liệt nhãn cầu.

VIÊM RỄ THẦN KINH

Viêm rễ thần kinh còn được gọi là viêm các rễ gai.

1. Nguyên nhân

- Viêm màng não mủ hay viêm màng não do lao.
- Bệnh Zona.
- Chấn thương.
- Lao cột sống (bệnh Pott), viêm não, u não.

2. Triệu chứng

a. Rối loạn cảm giác

- Đau kiểu đau dây thần kinh thường rất mạnh.
- Ở vùng cơ thể do rễ thần kinh chi phối có dấu hiệu mất cảm giác.

b. Rối loạn vận động: ít gặp hơn, có thể thấy dấu hiệu

- Liệt nhẹ kéo dài.
- Teo cơ.

c. Rối loạn phản xạ: lúc đầu, phản xạ gân tăng do kích động, sau đó thì phản xạ gân giảm dần và mất.

d. Rối loạn dinh dưỡng

- Có rối loạn vận mạch.
- Da không có lông và móng bị tổn thương.

3. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

a. Viêm cơ

- Đau và co cứng cơ.
- Không có rối loạn cảm giác.

b. Viêm nhiều dây thần kinh

- Rối loạn vận động.
- Rối loạn cảm giác ở ngoại biên.

4. Điều trị

- Trường hợp viêm rễ thần kinh do bệnh Zona: dùng liệu pháp quang tuyến sát da.
- Trường hợp viêm rễ thần kinh do chấn thương: có thể do khả năng ép rễ thần kinh. Cần khám tại khoa phẫu thuật thần kinh.
- Các trường hợp khác: cần điều trị nguyên nhân.

BỆNH ZONA

Bệnh Zona còn gọi là bệnh ban đỏ - mụn nước Zoster.

1. Định nghĩa

Bệnh Zona là bệnh cấp tính do vi rút của hệ thần kinh trung ương vi phạm hạch của các rễ sau và biểu hiện ra mới đầu bằng những đau thần kinh rồi sau đó phát ban kiểu ban đỏ - mụn nước (Herpes) ở khu vực da được phân bố bởi rễ thần kinh bị tổn thương.

2. Nguyên nhân

- Vi rút hướng thần kinh.

- Zona thứ phát sau các bệnh: viêm phổi, bệnh tăng urê trong máu, tổn thương lân cận của hạch sau như bệnh u cột sống, gây đốt sống.
- Bệnh Zona thứ phát sau nhiễm độc oxyd carbon (CO), arsen.
- Bệnh Zona thứ phát do phản xạ: xảy ra sau tổn thương ở thận hoặc sau cơn đau gan.

Triệu chứng

a. Thời kỳ bắt đầu

Triệu chứng nhiễm khuẩn toàn thân: sốt, rét run, nhức đầu, rối loạn tiêu hoá.

Triệu chứng cơ năng đau: đau kiểu đau dây thần kinh hoặc đau kiểu bỏng.

b. Thời kỳ toàn phát: triệu chứng lâm sàng học có đặc điểm là ban đỏ - mụn nước xuất hiện ở một bên theo định khu của rễ thần kinh. Triệu chứng này xuất hiện 5 - 7 ngày sau thời kỳ bắt đầu của bệnh. Dấu hiệu ban đỏ tiến triển theo cách sau:

- Mối đầu xuất hiện những mảng ban đỏ.
- Sau vài giờ, xuất hiện những mụn nước nhỏ chứa dịch trong. Dịch này trở thành đục vào ngày thứ ba. Các mụn nước khô vào ngày thứ tư hoặc thứ năm. Các hạch thuộc vị trí của khu vực bạch mạch tương ứng bị viêm có thể xuất hiện trước khi phát ban.
- Tổn thương da không tiến triển cùng một lúc. Thời gian tồn tại của mỗi tổn thương khoảng 7-9 ngày. Thời gian tồn tại của ban đỏ - mụn nước là khoảng 15 đến 20 ngày. Các vùng da bị dị cảm và đau có thể tồn tại lâu, nhất là ở người cao tuổi.
- Có phản ứng màng não (biểu hiện qua hiện tượng tăng albumin và tăng tế bào lympho trong nước não tủy).

c. Các thể lâm sàng

Ta cần phân biệt các thể sau:

- Zona liên sườn:
 - + Đau vùng ngực ở một bên.
 - + Xuất hiện viêm hạch nách sau vài giờ.
 - + Ban da ở một bên, trải dài từ cột sống tới xương ức.
- Zona thị giác
 - + Nhức đầu.
 - + Đau và ban da ở một bên quanh mắt thuộc khu vực phân bố của nhánh trên dây thần kinh sinh ba.
 - + Có dấu hiệu liệt các cơ vận nhãn và những vết đục ở giác mạc.
 - + Có viêm hạch trước tai.
- Zona hạch gối: do tổn thương hạch gối, có dấu hiệu
 - + Ban da ở ống tai ngoài, vành tai, vòm miệng mềm.
 - + Liệt mặt cùng bên do ép dây thần kinh số VII.

4. Chẩn đoán

Dựa vào các dấu hiệu sau đây:

- Đau dây thần kinh, xuất hiện ban đỏ và bóng ở khu vực tương ứng.
- Tổn thương khu trú ở mặt hay ở ngực và xuất hiện ở một bên.

5. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh sau đây:

- Bệnh thủy đậu: gặp ở trẻ em.

- Liệt mặt ngoại biên: cần phân biệt với bệnh Zona hạch gối cũng có dấu hiệu liệt mặt.
- Đau dây thần kinh sinh ba: cần phân biệt với bệnh Zona thị giác.
- Trần dịch màng phổi: cần phân biệt với bệnh Zona liên sườn có triệu chứng đau vùng ngực.

6. Tiến triển

Ban tồn tại trung bình từ 2 đến 3 tuần lễ và không tái phát.

Triệu chứng đau có thể lưu tồn lâu dài, nhất là ở người cao tuổi.

7. Điều trị

a. Điều trị tại chỗ

- Rắc bột trơn như bột oxyd kẽm, bột talc (bột tan).
- Bôi ether (ête) và acid picric.
- Tránh các chất béo.
- Tránh gãi bằng cách băng kín.
- Chống nhiễm khuẩn.

b. Điều trị toàn thân:

- Dùng thuốc an thần và giảm đau.
- Dùng thuốc kháng sinh trong trường hợp có nhiễm khuẩn.
- Chống chỉ định dùng morphin.
- Dùng liệu pháp X quang có thể đạt kết quả tốt sau khi bệnh bắt đầu vài ngày.

c. Di chứng đau:

- Các thuốc vitamin B1, vitamin B12, thuốc giảm đau, liệu pháp X quang ít có hiệu quả.
- Phẫu thuật thần kinh có thể được áp dụng.

BỆNH ALZHEIMER

1. Định nghĩa

Bệnh Alzheimer là một thể của mất trí tuổi già, xảy ra sớm (giữa 40 tuổi và 60 tuổi) có đặc điểm lâm sàng học là:

- Sút kém tâm thần nhanh kèm mất thực dụng.
- Rối loạn ngôn ngữ.
- Có nhiều mảng lão suy rải rác kèm teo não lan toả.

2. Triệu chứng

Có thể thấy các dấu hiệu:

- Khởi đầu âm thầm với bệnh cảnh lâm sàng học là: mất trí tuổi già, xuất hiện ở lứa tuổi từ 40 tuổi đến 60 tuổi.
- Bệnh có thể bắt đầu bằng các dấu hiệu: rối loạn trí nhớ, loạn ngôn, mất ngôn ngữ, mất định hướng, sa sút tinh thần.
- Có thể gặp: cơn động kinh, dấu hiệu thần kinh khu trú (liệt).
- Thường có triệu chứng tăng trương lực cơ.

3. Tiến triển

Bệnh có thể kéo dài khoảng 10 năm.

Người bệnh tử vong do bệnh trung gian như viêm phổi.

4. Điều trị

Cách thông thường là điều trị triệu chứng.

VIÊM NÃO DO VI RÚT

1. Định nghĩa

Viêm não do vi rút là bệnh do vi rút vi phạm vào não và tủy sống.

2. Nguyên nhân

Nguyên nhân gây bệnh là những vi rút. Bệnh xuất hiện với tính chất dịch tễ.

3. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh biểu hiện triệu chứng lâm sàng của một bệnh não nhiễm khuẩn cấp tính, tiến triển trong 2 - 3 tuần lễ.

Người ta phân biệt các thể lâm sàng của bệnh như sau:

a. Viêm màng não - não - tủy với các dấu hiệu định vị thần kinh

- Thời kỳ ủ bệnh: thời gian ủ bệnh kéo dài từ 4 đến 21 ngày, với các triệu chứng:
 - + Sốt cao, rét run, nôn.
 - + Có thể xuất hiện co giật, run, buồn ngủ, hôn mê, rung giật nhãn cầu.

- + Có dấu hiệu kích thích màng não, co cứng, liệt, mất ngôn ngữ.
- Di chứng: tâm thần sa sút, nhức đầu, dễ bị kích thích, liệt cứng, mất ngủ.

b. Thể viêm não không có dấu hiệu định vị thần kinh

Có các triệu chứng lâm sàng:

- Sốt, rét run, rối loạn tiêu hoá.
- Có dấu hiệu viêm họng và viêm kết mạc.
- Không có dấu hiệu tổn thương thần kinh.

c. Thể viêm não tiềm tàng: chỉ có dấu hiệu duy nhất của nhiễm khuẩn nhẹ là sốt và người bệnh có trạng thái khó chịu.

4. Chẩn đoán xác định

- Xác định bệnh qua các triệu chứng lâm sàng.
- Sốt có trạng thái khó chịu, có dấu hiệu kích thích màng não, đau họng.
- Có trạng thái thờ ơ dần, dần dần xuất hiện co giật và hôn mê.
- Phản xạ gân tăng, liệt co cứng.
- Tăng áp lực dịch não tủy, kèm theo tăng protein và tăng tế bào trong dịch não tủy.

5. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Viêm màng não do lao hoặc viêm màng não do vi khuẩn.
- Viêm nhiều dây thần kinh.

- Áp xe não, u não.

6. Tiến triển

Có các khả năng tiến triển sau:

- Để lại các di chứng như nhức đầu, liệt co cứng, tâm thần sa sút...
- Có các biến chứng như: viêm phế quản - phổi, nhiễm khuẩn đường tiết niệu...
- Tử vong (với tỷ lệ khoảng 30%).

7. Điều trị

- Không có phương pháp điều trị đặc hiệu.
- Điều trị triệu chứng.
- Điều trị động kinh trong trường hợp người bệnh co giật.

Chương 2

CÁC BỆNH XƯƠNG KHỚP

ĐAU LƯNG

Đau lưng cùng nghĩa với đau thắt lưng hoặc hội chứng lưng cấp tính.

1. Định nghĩa

Là hội chứng đau ở vùng thắt lưng.

2. Nguyên nhân

- Thoát vị đĩa đệm: bệnh này đã được mô tả trong bệnh đau dây thần kinh hông.
- Thấp khớp thắt lưng mạn tính: đây là nguyên nhân hay gặp.

Triệu chứng đau sẽ nặng thêm khi mệt mỏi và tiến triển thành những đợt.

- Rối loạn tính chất thể hình vùng thắt lưng như: vẹo cột sống, uốn lưng quá mức, tiến triển tới bệnh hư khớp.
- Viêm vùng khớp sống: đau thắt lưng dai dẳng ở nam giới trẻ tuổi.
- Bệnh Pott: bệnh lao đốt sống ở vùng thắt lưng - cũng có kèm đau thắt lưng dai dẳng.

Ở giai đoạn nặng: trạng thái cứng tăng thêm, có tổn thương ở xương và đôi khi có áp xe lạnh.

- Viêm đốt sống nhiễm khuẩn: do nhiễm trùng bởi vi khuẩn sinh mủ, vi khuẩn thương hàn, bệnh nấm Actinomyces.
- Bệnh ung thư đốt sống nguyên phát, di căn ung thư của đốt sống trong các bệnh ung thư tuyến tiền liệt, ung thư vú...
- Bệnh trượt đốt sống: đốt sống thắt lưng thứ 5 trượt ra phía trước trên xương cùng do dị tật bẩm sinh hoặc chấn thương của cung sau đốt sống thắt lưng thứ 5.
- Bệnh loãng xương: đặc biệt là ở thời kỳ mãn kinh, đau vùng thắt lưng thường xảy ra và đôi khi có một đốt sống bị gãy.
- Các bệnh thần kinh: chèn ép tủy sống, viêm tủy, xuất huyết màng tủy sống.
- Các tư thế xấu của cột sống: đi giày quá cao hoặc ghế ngồi thất cách, thể thao, hoạt động nghề nghiệp gây ảnh hưởng quá mức tới tư thế sinh lý của cột sống.

Đặc điểm

- Khoảng 80% trường hợp đau lưng không có nguyên nhân rõ ràng mà người ta thường cho rằng do thoát vị đĩa hoặc do hư khớp đốt sống.
- Phần lớn các cơn đau lưng kéo dài dưới 2 tuần lễ.
- Trong 90% trường hợp, người ta chữa khỏi đau lưng với liệu pháp triệu chứng.
- Khoảng 50% trường hợp đau lưng tái phát trong vòng 4 năm tiếp theo đợt bệnh khởi đầu.

Điều trị

- Lúc đầu: chữa triệu chứng bằng cách nghỉ ngơi, đắp nóng tại chỗ, thuốc đắp tại chỗ và uống acid acetyl salicylic.

- Khi không có kết quả: cần tìm nguyên nhân gây bệnh để điều trị.

LOẠN DƯỠNG PHẢN XẠ CHI TRÊN

Loạn dưỡng phản xạ chi trên đồng nghĩa với hội chứng vai - bàn tay.

1. Định nghĩa

Loạn dưỡng phản xạ chi trên là hội chứng đau vai cổ kèm những rối loạn vận mạch và dinh dưỡng thần kinh ở cổ tay - bàn tay, kèm cứng các ngón tay ở tư thế gấp.

2. Nguyên nhân

Có hai thể bệnh:

- Thể bệnh nguyên phát.
- Thể bệnh thứ phát: xảy ra sau
 - + Chấn thương ở vai.
 - + Viêm quanh khớp vai - cánh tay.
 - + Nhồi máu cơ tim.
 - + Hư khớp cổ.
 - + Zona cổ.

Trong 3 trường hợp sau cùng kể trên, nguyên nhân là những rối loạn phản xạ xa.

3. Triệu chứng lâm sàng

- Đau và cứng vai.

- Sưng cổ tay và bàn tay trong các thể bệnh mạn tính.
- Cân gan bàn tay thường bị co.
- Teo da và các cơ gian cốt.

Điều trị

- Điều trị bệnh nguyên nhân.
- Dùng thuốc giảm đau, corticoid.
- Liệu pháp vật lý.

VIÊM CƠ

Viêm cơ do nhiễm khuẩn

a. Nguyên nhân gây bệnh: gặp các trường hợp viêm cơ cấp nh thứ phát sau

- + Chấn thương cơ.
- + Tiếp xúc lâu với lạnh.
- + Toàn trạng xấu.
- + Viêm cơ mạn tính thường do tụ cầu khuẩn và trực khuẩn lao.

b. Triệu chứng

- Viêm cơ cấp tính: có triệu chứng:
 - + Sốt, rét run, nhức đầu.
 - + Đau nhói ở trong cơ, sưng cơ.
 - + Chỉ có tổn thương mất khả năng hoạt động.

- + Phù da.
- + Viêm cơ cấp tính thường khu trú ở:
 - Cơ tứ đầu đùi.
 - Cơ ngực lớn.
 - Cơ ở chi trên.
 - Cơ thẳng lớn của bụng: thường do vi khuẩn thương hàn là nguyên nhân chính.
- + Các thể bệnh thường gặp:
 - Thể bệnh viêm tấy lan toả.
 - Thể áp xe khu trú.
 - Thể bệnh viêm xơ: không nung mủ, có viêm tổ chức kẽ (mô kẽ) của cơ, tiến triển tốt trong thời gian ngắn.
- Viêm cơ mạn tính:
- Các triệu chứng chung:
 - + Khối u rắn, không có giới hạn rõ ràng, lạnh và không đau.
 - + Có trường hợp xuất hiện một áp xe lạnh, mềm.
 - + Trong bệnh viêm cơ do lao, người ta thấy các dấu hiệu: có các u nhỏ (hòn) lan toả, áp xe lạnh ở cơ, viêm cơ xơ cứng, viêm cơ sùi không nung mủ.

2. Viêm cơ do ký sinh trùng

- Bệnh ấu trùng sán dây: ấu trùng sán dây có thể tự cố định vào trong các cơ và gây phản ứng viêm ở đó.
- Bệnh giun xoắn: ấu trùng *Trichinella spiralis* cố định một cách ưu tiên vào cơ hoành, cơ liên sườn, lưỡi, cơ vận nhãn và gây ra viêm cơ.

. Viêm cơ cốt hoá tiến triển

- Bệnh ít gặp và không rõ nguyên nhân, khởi đầu ở tuổi nhỏ.
- Các dấu hiệu lâm sàng:
 - + Xuất hiện các hõn xơ lúc đầu và sau đó hoá xương.
 - + Tổn thương thường được gặp ở gáy, cơ lưng.
 - + Tiến triển nặng dần và dẫn tới tàn phế.

TRƯỢT ĐỐT SỐNG

. Định nghĩa

Trượt đốt sống là hiện tượng trượt ra phía trước của một đốt sống trên đốt sống kế ở dưới.

. Triệu chứng lâm sàng

- Trong tiền sử, đôi khi có đau nặng xuất hiện sau một tiếng rắc ở lưng.
- Chứng đau lưng dai dẳng xuất hiện ở thời gian tiếp theo.
- Bệnh thường là bẩm sinh, do một chỗ khuyết của eo nối liền các mấu khớp trên và dưới (trên đốt sống).

. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt bệnh trượt đốt sống với bệnh thoát vị đĩa đệm.

. Điều trị

- Không gắng sức quá mạnh.

- Điều trị triệu chứng đau: dùng áo nịt ngực, dùng thuốc giảm đau.
- Phẫu thuật và cho di lại sớm.

VIÊM TOÀN SỤN

1. Đại cương

Bệnh viêm toàn sụn còn gọi là bệnh nhuyễn sụn lan toả. Bệnh này hiếm gặp và không rõ nguyên nhân gây bệnh.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Sốt.
- Đau và sưng khớp.
- Có biểu hiện khó thở tăng dần do viêm phế quản - phổi tái phát.
- Biến dạng mũi.

Bệnh tiến triển xấu và dẫn đến sự tiêu sụn toàn thân.

Người ta cho rằng bệnh này là một bệnh tự miễn dịch.

Điều trị: dùng thuốc corticoid theo liều lượng, duy trì một cách thường xuyên.

BỆNH U SỤN

Đặc điểm: bệnh có đặc điểm là xuất hiện nhiều khối sụn ở trong các xương, nhất là các xương ống ở bàn chân và bàn tay.

Có hai loại u sụn:

- U sụn có thể calci hoá hoặc cốt hoá (nhiều lõi xương): bệnh u sụn có thể kết hợp với ngừng lớn.
- U sụn không calci hoá: không cản quang cho nên các đốt ngón có vẻ như phồng to ra.

Bệnh u xương sụn: có đặc điểm là những u xương sụn nhỏ xuất hiện trong các khớp xương, lâu dần có thể dẫn tới hư khớp.

Bệnh loạn sản xương - sụn dây chằng: rất hiếm gặp. Nguyên nhân do hiện tượng loạn sản bẩm sinh của toàn bộ mô sụn (xem thêm: bệnh tạo xương).

BỆNH TẠO XƯƠNG

Bệnh tạo xương còn gọi là bệnh gây lõi xương.

1. Đại cương

Đây là một bệnh di truyền. Bệnh có đặc điểm là hiện tượng phát sinh nhiều lõi xương lẫn vào các sụn tiếp hợp.

2. Nguyên nhân

Là một bệnh di truyền.

3. Triệu chứng lâm sàng

- Tổn thương biểu hiện ra trong tuổi dậy thì, vào thời kỳ đường lớn nên có dấu hiệu lùn do lõi xương.
- Đau dây thần kinh do một lõi xương chèn ép một dây thần kinh.
- Phù và thiếu máu cục bộ do lõi xương chèn ép một mạch máu.

- Cản trở một số cử động quay sấp - ngửa cẳng tay trong trường hợp lỗi xương quay.

Nếu thể tích của một lỗi xương tăng nhanh thì có thể nghĩ đến hiện tượng thoái hoá ác tính, gây nên sarcom sụn thứ phát.

4. Điều trị: phẫu thuật

VIÊM XƯƠNG

Viêm xương do nhiều nguyên nhân khác nhau:

- Viêm xương do tụ cầu khuẩn: gây nên thể bệnh viêm xương - tuỷ cấp tính (xem bệnh viêm xương - tuỷ cấp tính).
- Viêm xương do liên cầu và phế cầu khuẩn: gặp ở trẻ còn bú sữa mẹ.
- Viêm xương do vi khuẩn lao: viêm xương do lao thường kèm theo viêm khớp do vi khuẩn lao. Có 3 thể bệnh viêm xương do lao:
 - + Thể bệnh gây khuyết xương: có những hang lao ở trong các xương ngắn (như: xương gót) hoặc xương dài.
 - + Thể bệnh gây dày xương: có hiện tượng phồng các xương hình ống như bệnh lao các đốt chỉ ở trẻ nhỏ.
 - + Viêm xương - màng xương: có áp xe lạnh xuất hiện trong các phần mềm.
- Viêm xương do trực khuẩn thương hàn: trực khuẩn thương hàn (có tên là trực khuẩn Eberth) gây ra viêm xương bán cấp ở xương chày và cột sống. Thể viêm xương này có thể biểu hiện ở thời kỳ mới khỏi bệnh thương hàn hoặc ít lâu sau khi khỏi bệnh này.

VIÊM XƯƠNG - TUYẾT CẤP TÍNH

Bệnh viêm xương - tủy cấp tính còn gọi là bệnh viêm xương do tụ cầu khuẩn.

1. Định nghĩa

Là bệnh nhiễm tụ cầu khuẩn toàn thân có khu trú ở xương và gây tổn thương chủ yếu ở bộ xương trong thời kỳ đang phát triển.

Thường gặp là do tụ cầu vàng.

2. Nguyên nhân

- Mầm bệnh: mầm bệnh thông thường là tụ cầu khuẩn vàng.

Bệnh ít gặp do các loại vi khuẩn khác như vi khuẩn tụ cầu trắng, liên cầu khuẩn, phế cầu khuẩn.

Tổn thương tiên phát có thể là: mụn nhọt, áp xe...

- Chấn thương có vai trò thuận lợi của bệnh.

3. Hoàn cảnh xuất hiện

- Thường gặp ở trẻ em và thiếu niên (trước 15 tuổi).
- Bệnh xuất hiện với tỷ lệ cao vào mùa xuân và mùa thu.

4. Triệu chứng lâm sàng

a. Khởi đầu

Có triệu chứng:

- Đau: đau tăng lên khi chi cử động nhẹ.
- Có dấu hiệu nhiễm khuẩn cấp tính.

b. Thời kỳ toàn phát

Thời kỳ khởi đầu kéo dài khoảng 1 - 4 ngày; sau đó, các triệu chứng thể hiện rõ ràng:

- Đau tăng lên và kèm theo dấu hiệu mất khả năng vận động.
- Vùng xương bị đau có hiện tượng sưng đỏ, da căng bóng (do có áp xe dưới màng xương).

5. Tiến triển

- Bệnh tiến triển tốt nếu được điều trị bằng thuốc kháng sinh và áp dụng phương pháp bất động bằng bó bột.
- Tuy nhiên, cần lưu ý các thể bệnh đặc biệt có thể dẫn tới tiến triển xấu:
 - + Thể bệnh nhiễm khuẩn huyết: tiến triển không nhanh nhưng tiên lượng xấu.
 - + Áp xe dưới màng xương: tổn thương có thể xuất hiện trở lại nên có các triệu chứng toàn thân như sốt cao, mệt mỏi, đau và da căng bóng ở nơi xương có tổn thương; có dấu hiệu bong màng xương.

Điều trị: phẫu thuật (rạch màng xương) có kết quả tốt.

- + Viêm xương tuỷ mạn tính: với có các triệu chứng như
 - Chi to ra ở nơi xương có tổn thương.
 - Da bị dày lên, nhiễm sắc tố.
 - Có sẹo và lỗ rò ở nơi có viêm xương - tuỷ.

c. Di chứng

Có thể gặp các di chứng:

- Di chứng ở xương: nhuyễn xương (gãy xương bệnh lý), rối loạn tạo xương làm cho chi bị ngắn lại và biến dạng.
- Di chứng ở khớp xương: viêm khớp tạo hình, nung mủ, ứng khớp.

. Điều trị

a. Điều trị nội khoa

- Điều trị nội khoa sớm giúp cho kết quả tốt, không cần phẫu thuật.
- Dùng thuốc kháng sinh, liều cao và phối hợp nhiều loại (từ 2 loại kháng sinh trở lên).
- Điều trị tại chỗ: bó bột để bất động các khớp xương và để chữa ra những cửa sổ tương ứng với các vết thương.
- Trong các thể bệnh nặng: có thể truyền máu.

b. Điều trị ngoại khoa

Rạch ổ áp xe dưới màng xương, cắt bỏ mảnh xương mục...

VIÊM ĐỐT SỐNG

. Định nghĩa

Viêm đốt sống là sự khu trú thương tổn viêm vào đốt sống của một bệnh nhiễm khuẩn toàn thân, thường là do vi khuẩn lao.

. Nguyên nhân

a. Đường xâm nhập của vi khuẩn

- Đường máu: thường gặp.

- Đường bạch huyết: mầm bệnh xâm nhập vào các hạch cạnh đốt sống.
- Đường trực tiếp: mầm bệnh xâm nhập vào một vết thương hở ở lưng.

b. Vi khuẩn gây bệnh

Những vi khuẩn hay gặp hơn cả là: trực khuẩn lao, vi khuẩn sinh mủ, màng não cầu khuẩn, vi rút cúm.

c. Tổn thương ở đốt sống

Có các tổn thương thường gặp là:

- Tổn thương ở phần xóp của thân đốt sống do viêm.
- Thân đốt sống có thể bị gãy hoặc có chỗ bị đổ sụp, có thể chèn ép rễ thần kinh hoặc tuỷ sống.
- Có thể gây ra các áp xe nóng hay áp xe lạnh tùy theo loại vi khuẩn.

3. Các loại viêm đốt sống thường gặp

a. Viêm đốt sống do tụ cầu và liên cầu khuẩn

- Viêm đốt sống do vi khuẩn sinh mủ gây nên viêm xương - tuỷ cấp tính, chủ yếu là thể bệnh do tụ cầu khuẩn.
- Gặp chủ yếu ở trẻ em và người trẻ tuổi.
- Triệu chứng:
 - + Triệu chứng nhiễm trùng huyết.
 - + Đau dai dẳng ở lưng.
 - + Có dấu hiệu phù và đỏ khu trú tại đốt sống bị viêm.
 - + Ấn và gõ vào đốt sống bị viêm có hiện tượng nhậy cảm tăng mạnh dấu hiệu đau tại chỗ.

- Điều trị: điều trị như bệnh viêm xương - tuỷ cấp tính.
- b. Viêm đốt sống do lao (bệnh Pott)*
- Nguyên nhân gây bệnh: do trực khuẩn lao. Viêm đốt sống do lao thường xảy ra trong giai đoạn lan rộng của bệnh lao.
- Triệu chứng:
 - + Giai đoạn khởi đầu:
 - Đau khi ấn hoặc gõ một mỏm gai sau của đốt sống.
 - Đau cột sống khi người bệnh chuyển động cột sống.
 - Có thể xuất hiện dấu hiệu liệt nhẹ rễ thần kinh.
 - + Giai đoạn nặng: có bướu gù do hiện tượng phá huỷ một hoặc nhiều thân đốt sống.
- Các thể bệnh định khu:
 - + Khớp đội chẩm:
 - Vẹo cổ có kèm ngã đầu.
 - Đau ở khu vực chẩm phối bởi dây thần kinh chẩm.
 - Khó cử động lưỡi do tổn thương dây thần kinh thiệt dưới (dây thần kinh hạ thiệt).
 - Có áp xe ở họng và rối loạn ruột.
 - + Các đốt sống cổ khác:
 - Đau ở gáy và ở vai.
 - Đau cánh tay.
 - + Các đốt sống lưng - thắt lưng: thường gặp tổn thương ở các đốt sống từ đốt sống thứ 19 (D 12) đến đốt thắt lưng thứ 4 (L4).

- Biến chứng thần kinh thường gặp trong các thể bệnh ở các đốt sống lưng.
 - Xuất hiện áp xe đi xuống phía dưới gây lở rò thứ phát được gặp ở các thể bệnh của đốt sống thắt lưng.
- Điều trị:
- + Điều trị bệnh lao.
 - + Nằm nghỉ ngơi hoàn toàn trên giường.
 - + Phẫu thuật khi cần thiết.

BỆNH LOÃNG XƯƠNG

1. Định nghĩa

Bệnh loãng xương là sự giảm khối lượng xương và không kèm một sự hư biến quan trọng của phân bố khoáng chất của xương. Bệnh loãng xương có kèm hiện tượng giảm chiều dài và số lượng thớ xương.

2. Nguyên nhân và đặc điểm

- Nguyên nhân:
 - + Do sản xuất kém của mầm xương và có rối loạn chuyển hoá calci và phospho.
 - + Xương chậm được hình thành hoặc do xương bị phá huỷ với tốc độ tăng lên.
- Khi bệnh loãng xương phát sinh một cách nhanh chóng thì sự tạo xương giảm xuống trong khi tổ chức xương tiếp tục bị tiêu huỷ. Khi đó, calci niệu sẽ tăng và có thể làm cho thận bị

1 thương. Hiện tượng tăng calci niệu phụ thuộc chủ yếu vào độ phát sinh loãng xương.

- Bệnh loãng xương có thể khu trú (gặp trong tư thế bất động lâu) hoặc lan ra toàn thân.
- Bệnh loãng xương có thể xảy ra nguyên phát hoặc thứ phát sau các bệnh:
 - + Loãng xương do bất động lâu ngày.
 - + Loãng xương do thiếu ăn: thiếu calci trong chế độ ăn.
 - + Loãng xương ở người cao tuổi: trong trạng thái lão suy, các mô đều bị teo, kể cả mô xương.
 - + Loãng xương sau mãn kinh: do thiếu nội tiết tố oestrogen.
 - + Loãng xương do tăng năng tuyến giáp trạng: việc sử dụng protein quá mức cho nhu cầu năng lượng dẫn tới hiện tượng thiếu protein trong mô (tế bào), đặc biệt là thiếu protein trong mầm xương (thoái hoá xương do tuyến giáp). Tăng calci niệu kèm theo tăng năng tuyến giáp trạng có thể gây nên bệnh loãng xương.
 - + Bệnh loãng xương còn gặp trong các bệnh: đa u tủy, ung thư xương thứ phát, viêm xương do tuyến cận giáp trạng, viêm thận mạn tính...

Triệu chứng lâm sàng

Có các dấu hiệu lâm sàng học sau:

- Đau ở cột sống.
- Có thể gặp dấu hiệu biến dạng bộ xương.
- Có hiện tượng gãy xương bệnh lý (chủ yếu ở các đốt sống).

4. Điều trị

- Điều trị nguyên nhân gây bệnh.
- Trong các thể bệnh nguyên phát có thể dùng thêm: 6g calci glycerophosphat mỗi ngày và vitamin D với liều lượng 3000 đơn vị quốc tế /24 giờ.
- Dùng oestrogen hoặc androgen, kể cả trong trường hợp không bị thiếu các chất này trong cơ thể.

BỆNH LOÃNG XƯƠNG MÃN KINH

1. Nguyên nhân

- Thiếu nội tiết tố (hormon) oestrogen có kèm theo sự giảm hoạt động của các tạo cốt bào.
- Các yếu tố phù trợ: rối loạn lượng calci và phospho cố định trong bộ xương ở tuổi mãn kinh, rối loạn trong chế độ ăn, rối loạn hoạt động thể lực và cân bằng hormon.

2. Hoàn cảnh xuất hiện

- Loãng xương ở thời kỳ mãn kinh là thể loãng xương hay gặp nhất.
- Rối loạn loãng xương nhẹ gặp ở 1/2 số phụ nữ trên 50 tuổi. Các rối loạn này rõ rệt trong 10% số trường hợp.

3. Triệu chứng lâm sàng

- Đau xương chủ yếu ở cột sống.
- Có thể gặp dấu hiệu gù lưng do hiện tượng dẹt xuống của các đốt sống ngực.

- Biến dạng bộ xương mà không bị đau nhiều: ít gặp.
- Có hiện tượng gãy xương bệnh lý chủ yếu ở các đốt sống, ở cổ xương đùi, ở sọ và ở các đầu chi.
- Các xương không bị cong như ở trong chứng nhuyễn xương.
- Có thể bị sỏi thận.

4. Chẩn đoán xác định bệnh

Dựa vào:

- Dấu hiệu đau lưng.
- Có hiện tượng mất vôi ở bộ xương.
- Gặp ở phụ nữ 50 - 55 tuổi.

5. Điều trị

- Chế độ ăn chứa nhiều calci (dưới dạng sữa và phomat) và có protein.
- Dùng thuốc có calci và vitamin D (3000 đơn vị quốc tế/24 giờ). Cần chú ý rằng nếu thừa các chất đó thì tăng calci niệu nhiều hơn và gây nguy cơ mắc bệnh sỏi thận.
- Dùng oestrogen tổng hợp: chỉ nên dùng oestrogen ở phụ nữ sớm mãn kinh và bị thiếu oestrogen. Ví dụ: dùng stilboestrol 0,5mg - 2mg/24 giờ trong 3 - 4 tuần lễ với những khoảng cách 1 tuần lễ.
- Dùng androgen: ví dụ dùng methyltestosteron 10mg - 20mg/24 giờ cho vào dưới lưỡi hoặc tiêm 25mg testosteron dưới dạng vi tinh thể mỗi tháng một lần.
- Kiểm soát các dịch và các chất điện phân: các androgen và oestrogen nhiều khi có tác dụng trên các dịch ngoài tế bào.

- + Nếu có dấu hiệu phù: cần hạn chế lượng natri ăn vào (chế độ ăn không có muối), có thể dùng thuốc amoniaclorua hoặc các thuốc lợi niệu.
- + Cần giám liều lượng các hormon.
- Sự bất động làm cho bệnh loãng xương nặng thêm (ví dụ: trong trường hợp đet đốt sống).

BỆNH NHUYỄN XƯƠNG

1. Định nghĩa

Bệnh nhuyễn xương là sự thiếu calci hoá hoặc giảm tỷ lệ khoáng chất của xương (tỷ lệ Ca/P), có liên quan đến nồng độ calci và phospho không đủ ở trong dịch tế bào.

2. Hoàn cảnh xuất hiện

Chủ yếu gặp ở phụ nữ trên 40 tuổi.

3. Cơ chế bệnh

Cần lưu ý rằng calci huyết bình thường là khoảng 10mg% và phospho vô cơ huyết bình thường là 3,2mg%. Cho nên tích số của hai nồng độ đó trung bình là 32.

Trong bệnh nhuyễn xương, có thể thấy calci huyết bình thường hoặc giảm; phospho huyết bình thường hoặc giảm; nhưng trong mọi trường hợp, tích số của calci huyết x phospho < 32. Tích số này thấp là do phospho huyết giảm nhiều hơn theo tỷ lệ với calci huyết. Giảm phospho huyết là hậu quả của phosphat niệu tăng.

Khi nào sự calci hoá các xương không đủ, các xương đó sẽ yếu đi và lắng đọng một chất dạng xương không calci hoá.

Ở trẻ em, nhuyễn xương được gọi là còi xương.

4. Các nguyên nhân gây bệnh nhuyễn xương

- Thiếu calci: do chế độ ăn thiếu calci và do thai nghén nhiều lần. Cho con bú lâu và kéo dài cũng là nguyên nhân gây bệnh nhuyễn xương.
- Thiếu vitamin D: thiếu vitamin D gặp trong trường hợp thiếu ánh nắng.
- Bệnh tiêu chảy mỡ ở trẻ em: trong trường hợp này, mỡ không được tiêu ở trong ống tiêu hoá cho nên calci được sử dụng để biến chúng thành những xà phòng không hòa tan được. Hơn nữa, vitamin D hòa tan được trong lipid không được tiêu một cách bình thường.
- Nhiễm acid do thận: gặp trong bệnh suy ống thận mà không có suy cầu thận, calci có thể bị đào thải nhiều.
- Tăng năng tuyến cận giáp trạng: tăng năng tuyến cận giáp thường kết hợp với nhuyễn xương, vì hiện tượng giảm calci huyết làm tăng mức tiết nội tiết tố của tuyến cận giáp trạng.

5. Triệu chứng lâm sàng

a. Thời kỳ bắt đầu

Có các dấu hiệu:

- Đau ở lưng ở vùng xương cùng, trong lồng ngực và ở gốc tứ chi.
- Chiều cao của người bệnh bị giảm sút, cột sống lưng - thắt lưng sụt xuống và cong.

b. Thời kỳ toàn phát

- Triệu chứng đau tăng lên.
- Mọi cử động đều gây đau cho nên người bệnh đi lại khó khăn.

c. Thời kỳ bệnh nặng

- Các xương bị mềm và dần dần cong lại.
- Biến dạng lồng ngực và cột sống: lưng bị gù cứng và không đau vào thời kỳ cuối của cơn bệnh cấp tính.
- Lồng ngực trở thành tròn lại và hẹp, dẹt ngang.
- Thân hình bị sụt xuống khiến cho chiều cao có thể bị giảm.
- Có thể xuất hiện cơn co giật (tetani) trong trường hợp tiêu calci kém.

6. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với những bệnh làm giảm mật độ của xương như:

- Bệnh loãng xương.
- Dây xương do tuyến cận giáp trạng.

7. Điều trị

Phương pháp điều trị dựa vào nguyên nhân gây bệnh.

a. Thiếu calci và vitamin D

- Dùng calci gluconat hoặc calci lactat với liều lượng 8 - 10g/24h. Loại thuốc này có nồng độ acid cao để chống lại bệnh co giật (tetani) phối hợp.

- Dùng vitamin D với liều lượng 3000UI (đơn vị quốc tế: UI) mỗi ngày.

b. Rối loạn tiêu hoá do sự tiêu vitamin D

- Dùng calciferol với liều lượng 10mg mỗi ngày trong 2- 4 tuần lễ.
- Ăn theo chế độ ít mỡ và dùng các vitamin hòa tan được trong lipid (như vitamin A, E, K) nhiều khi cũng bị thiếu.

c. Đào thải calci quá nhiều qua thận

- Dùng calci và vitamin D.
- Dùng muối kiềm (natri citrat hoặc natri lactat) để kiểm soát trạng thái nhiễm acid và làm giảm mức đào thải calci qua đường tiết niệu.

d. Bài tiết calci quá nhiều qua tuyến vú

Cho dùng calci trong thời gian thai nghén và cho con bú.

e. Cắt bỏ khối u của tuyến cận giáp trạng

Trong thời kỳ hậu phẫu, có thể dùng calci gluconat và để người bệnh ăn chế độ ít phospho (không uống sữa và các sản phẩm của sữa).

BỆNH PAGET

Bệnh xương Paget là bệnh viêm xương biến dạng phì đại.

1. Định nghĩa

Bệnh Paget là bệnh mạn tính có đặc điểm là sự phì đại và sự biến dạng của các xương, đặc biệt là các xương của tứ chi, lồng ngực và xương sọ.

2. Nguyên nhân

Do rối loạn khu trú của chuyển hoá calci, trước hết có sự mất vôi ở xương và tiếp theo sau là hiện tượng vôi hoá quá mức.

Bệnh này thường có xu hướng gia đình và có bệnh xơ cứng động mạch phối hợp. Tuổi hoàn tăng lên ở khoảng xương bị tổn thương và vùng da phủ tổn thương đó có hiện tượng nóng.

Những xương hay bị tổn thương nhất là:

- Xương cẳng.
- Xương của hai chi dưới.
- Thường gặp ở người tuổi cao, khoảng 60 tuổi.

3. Triệu chứng lâm sàng

a. Thời kỳ đầu

Có các triệu chứng lâm sàng:

- Đau xương âm ỉ.
- Có thể gặp biến dạng xương (cong xương chày, tăng thể tích xương sọ).
- Có thể gặp: chứng điếc, những rối loạn thị giác, ù tai, những dấu hiệu sỏi thận.

b. Thời kỳ toàn phát

Có các dấu hiệu lâm sàng sau:

- Xương bị tổn thương thì to ra, nhưng mỏng manh. Trên các xương dài, tổn thương chiếm ưu thế ở vùng thân xương, cạnh đầu thân xương.
- Hội chứng vận mạch: vùng da bọc xương bị tổn thương có rối loạn vận mạch liên quan với sự tăng lưu lượng máu chảy qua xương, nhiệt độ tăng lên rõ rệt, thường có hiện tượng giãn mạch.

- Dấu hiệu toàn thân: động mạch bị cứng và xơ cứng, nhất là ở gần các ổ tổn thương của xương.

4. Chẩn đoán xác định bệnh

Dựa vào các dấu hiệu:

- Đau xương âm ỉ lúc bắt đầu của bệnh.
- Biến dạng ở tứ chi, gù lưng hoặc vẹo cột sống, sọ to ra, gãy xương.
- Các xương mắc bệnh bị dày ra và đặc.

5. Chẩn đoán phân biệt

a. Ung thư xương thứ phát

- Thường gặp trong di căn xương của ung thư tuyến tiền liệt.
- Toàn trạng suy sụp rõ rệt.

b. Dãy xương do tuyến cận giáp

Có những biến dạng xương nặng hơn và không đều đặn.

c. Đau tuỷ, viêm xương - tuỷ mạn tính.

6. Tiên lượng

Bệnh tiến triển chậm, các biến dạng xương có thể dẫn đến tàn phế sau 20 - 30 năm.

7. Điều trị

Chủ yếu là điều trị triệu chứng.

a. Làm giảm hiện tượng tiêu xương

- Dùng calci và phospho dưới dạng sữa (uống 2 cốc sữa/24h).

- Dùng loại muối gây kiềm hóa natri citrat 2g x 3 lần/24h.
- Dùng vitamin D với liều lượng 50000UI mỗi lần, uống 3 lần trong một tuần lễ.
- Duy trì sự hoạt động của người bệnh.
- Nếu người bệnh đang ở thời kỳ mãn kinh thì cho dùng oestrogen tổng hợp.

b. Các thuốc giảm đau

Acid acetyl salicylic liều cao (từ 3g đến 4g mỗi ngày) có tác dụng tốt trên tiến triển của bệnh.

BỆNH U XƯƠNG

1. U xương nguyên phát

a. U xương lành tính: bao gồm các bệnh

- U xương, lỗi xương, u sụn, u xơ.
- Các u có huỷ cốt bào: đây là các u ở người lớn, trẻ tuổi và khu trú ở đầu các xương dài (gần vai, cổ tay hoặc khớp gối).

b. U xương ác tính

Gồm có các bệnh:

- Sarcom xương hoặc sarcom tạo xương: u chọc thủng màng xương và lỗi ra ngoài.
- Sarcom sụn.
- Đa u tủy.

Các sarcom xương gây ra những di căn ung thư ở phổi sớm.

2. Ung thư thứ phát

Các loại ung thư có thể gây ra những di căn ở xương là:

- Ung thư biểu mô, gồm có: ung thư vú, ung thư tuyến tiền liệt, ung thư tuyến thượng thận, ung thư phế quản, ung thư tuyến giáp trạng.
- Các sarcom: các di căn ung thư xương có kèm tổn thương tủy xương có thể là nguyên nhân của một phản xạ dạng bệnh bạch cầu của máu.

3. Điều trị nội khoa

- Liệu pháp quang tuyến: ít kết quả.
- Dùng androgen trong ung thư vú và dùng oestrogen trong ung thư tuyến tiền liệt.

BỆNH VIÊM KHỚP NHIỄM KHUẨN

Triệu chứng và nguyên nhân gây bệnh viêm khớp nhiễm khuẩn thay đổi theo từng loại vi khuẩn.

Người ta phân biệt các thể bệnh:

- Viêm khớp do phế cầu khuẩn: viêm khớp có thể kèm theo viêm phổi hoặc nhiễm khuẩn các khí - phế quản.
- Viêm khớp do liên cầu và tụ cầu khuẩn:
 - + Một vết thương chọc thủng ổ khớp.
 - + Một ổ viêm xương - tủy.
 - + Nhiễm vi khuẩn huyết (các mầm bệnh bắt nguồn từ một cái đinh, một ổ nhiễm khuẩn nào đó).

Định vị tổn thương ở khớp của vi khuẩn có thể đi theo một chấn thương không chọc thủng.

- Viêm khớp do vi khuẩn lao:
 - + Viêm khớp do trực khuẩn lao thường gặp ở người trẻ tuổi.
 - + Tổn thương thường gặp ở một khớp xương.

- Viêm khớp do màng não cầu khuẩn:

Trong bệnh nhiễm não cầu huyết thấy:

- + Viêm khớp có kèm vi khuẩn ở trong hoạt dịch.
- + Có thể thấy một thể bệnh giống như thấp, bao gồm nhiều khớp. Thể này chỉ tồn tại nhất thời

VIÊM KHỚP DO VI KHUẨN SINH MŨ

1. Nguyên nhân

- Các vi khuẩn gây bệnh: tụ cầu khuẩn, liên cầu khuẩn, phế cầu khuẩn và màng não cầu khuẩn.
- Vi khuẩn xâm nhập vào khớp xương có thể là:
 - + Trực tiếp: nhân dịp một chấn thương hoặc cuộc phẫu thuật.
 - + Theo đường máu.

2. Triệu chứng

Các dấu hiệu lâm sàng của thời kỳ cấp tính:

- Khớp sưng đỏ và đau.
- Người bệnh sốt và rét run.

3. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với:

- Bệnh thống phong cấp tính: có đặc điểm là tăng acid uric trong máu.
- Bệnh thấp khớp cấp.
- Bệnh viêm nhiều khớp mạn tính tiến triển: có tổn thương ở nhiều khớp và không có dấu hiệu nhiễm khuẩn máu.

4. Điều trị

- Dùng kháng sinh: tiêm bắp hoặc tiêm tại chỗ.
- Chọc khớp và tiêm kháng sinh tại chỗ.
- Rửa khớp và dẫn lưu trong trường hợp cần thiết.
- Vận động khớp xương càng sớm càng tốt.

VIÊM KHỚP DO TRỰC KHUẨN LAO

1. Nguyên nhân

Viêm khớp do lao gặp nhiều ở trẻ em là hậu quả của sự nhiễm lao từ các ổ ở phổi hoặc ở hạch.

Trong 50% trường hợp có tiền sử bị chấn thương. Chấn thương là điều kiện thuận lợi cho việc khu trú tổn thương lao vào khớp xương.

Trong đa số trường hợp chỉ có một khớp mắc bệnh.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Viêm khớp do lao có vị trí thường gặp ở:

- + Khớp gối.
- + Khớp háng.
- + Cột sống (xem bài viêm đốt sống).
- Bệnh khởi đầu âm ỉ.
- Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là:
 - + Khớp xương bị sưng, nhưng hiện tượng viêm tại chỗ vừa phải.
 - + Teo cơ.
 - + Hạn chế cử động ở khớp xương.

3. Tiến triển

Nếu không điều trị, viêm khớp lao tiến triển dẫn tới sự phá huỷ khớp xương.

4. Điều trị

- Điều trị nguyên nhân lao.
- Nghỉ ngơi hoàn toàn trên giường.
- Bất động khớp viêm lao.
- Phẫu thuật trong một số trường hợp.

VIÊM NHIỀU KHỚP GỐC CHI GIÁ

1. Định nghĩa

Bệnh có đặc điểm là vận động khó, đau ở các khớp xương gần của tứ chi, toàn trạng sút kém và tiến triển tự phát đến khỏi bệnh.

Nguyên nhân gây bệnh không được biết rõ.

2. Triệu chứng lâm sàng

- Sốt nhẹ khoảng 38° , người bệnh mệt mỏi và gầy sút.
- Đau cơ và khớp xương ở vùng cổ và vai, có thể đau ở vùng chậu nhỏ.
- Đau khi chuyển động khớp.
- Khớp không bị sưng.

3. Tiến triển

Khởi bệnh không để lại di chứng sau vài tháng hoặc 1 - 2 năm.

4. Điều trị

Dùng corticoid làm giảm đau nhanh, nhưng không làm thay đổi được sự tiến triển của bệnh.

VIÊM NHIỀU KHỚP MẠN TÍNH TIẾN TRIỂN

Viêm nhiều khớp mạn tính tiến triển còn được gọi là viêm khớp biến dạng, viêm khớp dạng thấp hoặc bệnh thấp mạn tính.

1. Định nghĩa

Bệnh viêm khớp mạn tính tiến triển là bệnh mạn tính có đặc điểm:

- Tổn thương ở cả hai bên và đối xứng của các khớp xương.

- Khớp bị viêm có dấu hiệu đau và những biến dạng có thể tiến triển tới cứng khớp.
- Là bệnh toàn thân tiến triển qua những đợt xen kẽ với những thời kỳ thuyên giảm hoàn toàn.

2. Hoàn cảnh xuất hiện

- Bệnh xảy ra chủ yếu ở người 30 - 50 tuổi.
- Hay gặp bệnh này ở phụ nữ nhiều hơn là ở nam giới, đặc biệt là ở phụ nữ khi mãn kinh.

3. Nguyên nhân

- Các ổ nhiễm khuẩn không phải là yếu tố nguyên nhân mà chỉ được coi là yếu tố khởi phát.
- Khoảng 70 - 90% số trường hợp có yếu tố thấp trong huyết thanh của người bệnh. Đó là các đại globulin (macroglobulin) di chuyển cùng với các gammaglobulin. Có thể đó là một kháng thể và vai trò sinh bệnh học của nó còn chưa được xác định.
- Các yếu tố phụ:
 - + Di truyền.
 - + Sốc tinh thần hoặc thân thể (chấn thương, phẫu thuật).
 - + Tiếp xúc lâu với lạnh và ẩm.
 - + Yếu tố nội tiết:
 - Tác dụng của ACTH và cortison trên tiến triển của bệnh.
 - Thai nghén có ảnh hưởng đến sự thuyên giảm của bệnh.

4. Triệu chứng lâm sàng

a. Thời kỳ bắt đầu

Các hình thức bắt đầu của bệnh có thể gặp là:

- Người bệnh mệt mỏi, chán ăn và sút cân.
- Căn bệnh có thể khởi phát bởi một bệnh nhiễm khuẩn ở đường hô hấp hoặc bởi một trạng thái sốc tinh thần.
- Người bệnh sốt (khoảng $37^{\circ}5$) và đau khớp di chuyển.
- Đau cơ: thường gặp ở thời kỳ này.

b. Thời kỳ xâm nhập

- Đau ở khớp, có kèm theo sự hạn chế các động tác làm hạn chế hoạt động của khớp.
- Khớp bị phồng to, da tại chỗ bị nóng và đỏ, di chuyển khớp thụ động gây đau dữ dội. Ở khớp gối có thể xuất hiện tràn dịch.
- Viêm nhiều khớp: hiện tượng viêm bắt đầu một cách đối xứng ở bàn tay. Sau một thời gian, biểu hiện viêm khớp lan ra cổ tay, rồi lan tới khuỷu tay và vai.

Ở chi dưới, các khớp ngón chân bị tổn thương đầu tiên, rồi lan ra khớp cổ chân và đầu gối.

c. Thời kỳ toàn phát

Các viêm khớp tiến triển tới cứng khớp và biến dạng khớp do xuất hiện mô xơ và do co cứng.

Những biểu hiện cụ thể là:

- Các khớp xương bàn tay:
 - + Phần giữa ngón tay sưng to thành hình thoi.
 - + Ngón tay chệch hướng về phía xương trụ.

- + Dây thần kinh giữa có thể bị chèn ép.
- Các khớp bàn chân:
 - + Động tác vận động bị trở ngại.
 - + Bàn chân bị cố định ở tư thế kiễng.
 - + Ngón chân cái cong lên và choãi ra phía ngoài, các ngón chân khác bị gấp lại.
- Khớp gối:
 - + Mất khả năng vận động.
 - + Khớp xương có thể bị cố định ở tư thế nửa gấp (tư thế ít đau nhất).
- Cột sống: thường gặp các đốt sống cổ bị tổn thương nên đầu bị cúi gập xuống xương ức.

Các biến dạng lúc đầu liên quan với sự co cơ, rồi sau đó trở thành vĩnh viễn do các tổn thương khớp và do sự co xương - gân.

d. Các biểu hiện ngoài khớp

Viêm nhiều khớp mạn tính tiến triển là một bệnh toàn thân cho nên có thể có những định vị ngoài khớp.

- Da: có các biểu hiện như sau
 - + Rối loạn dinh dưỡng: da mỏng, nhăn, tróc vảy phấn, có vết sắc tố; móng chân và móng tay teo.
 - + Có các hõn dưới da ở vùng quanh khớp (khớp khuỷu, khớp cổ tay, ngón tay...). Các hõn này có đặc điểm là rắn, tròn hoặc bầu dục và có thể gây nên loét da.
 - + Bệnh vẩy nến phối hợp.
- Rối loạn mắt: viêm mống mắt, viêm mống mắt thể mi. Đôi khi viêm màng mạch kèm theo sợ ánh sáng và chảy nước mắt.

- Tổn thương ở hạch:
 - + Hạch ở phía trên khớp to ra, đặc biệt là hạch ở cánh tay, ở bẹn, ở nách, ở chậu ngoài.
 - + Hạch không đau, không có viêm quanh hạch.
 - + Tổn thương hạch là do tổn thương nặng ở hệ lưới, nội mô.
- Lách to: gặp trong 5% - 10% trường hợp, có hiện tượng giảm bạch cầu.
- Thiếu máu: thường gặp thiếu máu nhẹ.
- Bệnh vẩy nến: xảy ra trước các biểu hiện khớp (5% số trường hợp).
- Các u vàng: u vàng ở da và tổn thương tiêu xương mạnh phá huỷ các đầu đốt ngón tay.
- Viêm nhiều động mạch: xuất hiện các rối loạn mạch máu.

5. Tiến triển

- Bệnh tiến triển qua những đợt nổi tiếp nhau có thể dẫn tới cứng khớp.
- Biến dạng khớp dẫn tới trật khớp nhẹ hoặc trật khớp.

6. Chẩn đoán xác định bệnh

Chẩn đoán xác định bệnh được dựa trên các dấu hiệu lâm sàng học dưới đây:

- Các dấu hiệu không điển hình: sốt, gầy sút, khó chịu, dị cảm ở các đầu chi.
- Dấu hiệu viêm các khớp nhỏ ở bàn tay và bàn chân, tiến triển một cách đối xứng về phía gốc chi (gốc tay hoặc gốc chân), có thể kèm biến dạng khớp.

- Có biểu hiện tổn thương ở ngoài khớp; thường gặp nhất là hạch to, lách to, có những hòn ở dưới da và teo cơ.

7. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh:

- Thấp khớp cấp:
 - + Viêm khớp có tính chất di chuyển.
 - + Salicylate có tác dụng điều trị tốt.
 - + Có tổn thương ở tim.
- Lupus (luy - puýt) ban đỏ rải rác:
 - + Ban đỏ đặc trưng.
 - + Có tổn thương ở thận.
- Hư khớp:
 - + Đau khớp, đau khớp giảm khi nghỉ ngơi.
 - + Viêm khớp: viêm khớp nhẹ, không có tiến triển xấu.
 - + Không có triệu chứng toàn thân.
 - + Có các tế bào lupus ban đỏ.
- Viêm mủ khớp:
 - + Khớp viêm có mủ.
 - + Nhiễm khuẩn huyết.
 - + Trong chất hoạt dịch có vi khuẩn gây bệnh.
- Thống phong cấp:
 - + Khởi đầu ở ngón chân cái bị đau.
 - + Có sạn urat và đáp ứng tốt với phương pháp điều trị bằng colchicin.

8. Tiến triển

- Phụ thuộc vào việc điều trị sớm.
- Bệnh có tính chất mạn tính.

9. Điều trị

a. Liệu pháp toàn thân

- Nghỉ ngơi: nghỉ ngơi rất quan trọng trong thời kỳ tiến triển của bệnh.

Trong thể bệnh nặng: nằm nghỉ tuyệt đối trên giường bệnh ở tư thế đúng nhằm mục đích tránh cứng khớp.

- Loại trừ các ổ nhiễm khuẩn: các ổ nhiễm khuẩn tiên phát có thể gặp như viêm xoang, viêm amidan, nhiễm khuẩn răng.
- Liệu pháp vật lý:
 - + Xoa bóp nhẹ.
 - + Áp dụng sức nóng tại chỗ.
 - + Cử động thận trọng.
 - + Tắm nước muối.
- Các thuốc giảm đau: aspirin hoặc salicylat với liều lượng 4 - 6g/24h.

Chú ý: cần giảm liều lượng thuốc trong trường hợp ù tai.

- Liệu pháp chỉnh hình: trong các đợt cấp tính cần phải bất động khớp xương trong những mảng bột. Các mảng bột được lấy ra mỗi ngày 1 - 2 tiếng đồng hồ để cử động các khớp xương. Cần nắn lại các tư thế xấu.

b. Liệu pháp đặc hiệu

- Các corticoid:

- + Dùng corticoid trong những trường hợp bệnh không thuyên giảm khi áp dụng các biện pháp toàn thân, đặc biệt là khi dùng salicylat với liều cao mà không có kết quả.
- + Thường dùng prednisolon với liều lượng 7,5 - 10mg/24h và giảm liều lượng sau khoảng 2 tuần lễ.
- + Khi người bệnh dùng corticoid thì cần có chế độ ăn ít muối (thường dùng muối kali clorua hoặc kali citrat từ 1g đến 2g mỗi ngày), ăn nhiều protein và dùng thêm vitamin D.
- + Không dùng corticoid trong trường hợp người bệnh có suy thận hoặc suy tim, có bệnh lao tiến triển, có bệnh tăng áp lực động mạch, có bệnh nhiễm khuẩn, có bệnh loét dạ dày - tá tràng hoặc bệnh loãng xương.
- Thuốc phenylbutazon: uống hoặc tiêm bắp thịt với liều lượng trung bình 3mg - 6mg cho mỗi cân nặng cơ thể. Thuốc này có tác dụng rõ rệt trên triệu chứng đau.

Thuốc phenylbutazon có thể gây tai biến thứ phát như: nôn, phù, phát ban.

Không dùng phenylbutazon khi người bệnh có: rối loạn tim, thận và gan; loét dạ dày - tá tràng.

- Chú ý trong liệu pháp đặc hiệu:

- + Sử dụng lâu dài các hormon (như androgen) hoặc các hormon thượng thận có thể gây nên teo tuyến thượng thận.
- + Việc phối hợp thuốc corticoid với salicylat hoặc với phenylbutazon giúp ta giảm bớt liều điều trị của hormon một cách đáng kể.

VIÊM QUANH KHỚP VAI - CÁNH TAY

Viêm quanh khớp vai - cánh tay còn được gọi là viêm quanh khớp vai hoặc viêm gân vôi hoá.

1. Định nghĩa

Viêm quanh khớp vai - cánh tay là hội chứng đau vai có kèm cứng và đôi khi mất cử động do những tổn thương thoái hoá của tế bào gân ở vai, có hoặc không có viêm bao hoạt dịch kết hợp (trong thể bệnh cứng khớp).

2. Nguyên nhân

Bệnh viêm quanh khớp vai là một bệnh thoái hoá, thuộc khuôn khổ các bệnh hư khớp.

a. Thể bệnh nguyên phát

Chủ yếu gặp ở phụ nữ.

b. Thể bệnh thứ phát

Gặp trong các trường hợp sau:

- Chấn thương duy nhất hoặc những vi chấn thương liên tiếp do nghề nghiệp.
- Đau thắt ngực hoặc nhồi máu cơ tim.
- Các bệnh thần kinh: liệt nửa thân thể, bệnh động kinh, khối u ở não.
- Can thiệp phẫu thuật ở phổi hoặc ở trung thất.
- Nguyên nhân tâm thần: bệnh trầm uất, loạn thần kinh chức năng.

Trong bệnh viêm quanh khớp vai có tổn thương: viêm gân (có những chỗ vôi hoá và hoại tử ở bên trong gân) kết hợp với viêm bao hoạt dịch.

3. Triệu chứng lâm sàng

– Đau: đau khi người bệnh cử động, giang vai hoặc quay vai vào trong. Vị trí đau ở móm vai và lan theo cánh tay đến tận khuỷu tay. Triệu chứng đau có thể cản trở các cử động của người bệnh.

– Hạn chế cử động: quay vai vào trong và giang vai gây đau. Trong thể bệnh cứng khớp, trạng thái cứng tăng lên và gây ra hiện tượng vai bị chèn.

- Có dấu hiệu loạn dưỡng phản xạ của chi trên: dấu hiệu này còn được gọi là hội chứng vai - bàn tay, bao gồm
- Đau và cứng vai.
- Rối loạn vận mạch và dinh dưỡng ở bàn tay.
- Các ngón tay bị cứng ở tư thế gấp.

4. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân gây chứng đau cổ cánh tay:

- Bệnh thấp khớp cổ có kèm hội chứng cổ sau.
- Định vị đốt sống của thấp khớp cấp hoặc của bệnh thống phong.
- Loạn dưỡng chi trên phản xạ: có thể xuất hiện nối tiếp bệnh nhồi máu cơ tim.
- Chứng vẹo cổ: chứng vẹo cổ do các cơ cổ bị căng ra lâu dài. Có thể gặp đau cổ do lạnh, đau cổ của học sinh, đau cổ của người đánh máy, đau cổ của người lái xe ô tô.

Chứng vẹo cổ thường xuyên có thể gặp trong trường hợp dị tật bẩm sinh của các đốt sống cổ hoặc trong sản khoa.

- Các nguyên nhân tai - mũi - họng: có hai hội chứng
 - + Hội chứng Bezold: viêm họng hoặc viêm tai có kèm theo viêm xương chũm. Nhiễm khuẩn lan sang cơ ức - đòn - chũm làm cho cơ bị co kéo do sẹo.
 - + Hội chứng Grisel: nhiễm khuẩn mũi - họng lan theo đường bạch huyết và gây ra viêm mủ khớp sống của đốt sống đôi, kết quả là vẹo cổ.

5. Điều trị

a. Các thể bệnh cấp tính

- Dùng thuốc giảm đau: acid acetyl salicylic, có khi phối hợp với thuốc an thần.
- Giữ vai ở trạng thái nghỉ ngơi.
- Liệu pháp vật lý.
- Đắp lạnh hoặc chườm nóng để làm giảm đau.
- Dùng prednisolon với liều lượng trung bình.

b. Các thể bệnh mạn tính và cứng khớp

- Dùng thuốc giảm đau.
- Xoa bóp và di động khớp vai - cánh tay: thực hiện động tác này khi người bệnh hết đau.
- Liệu pháp quang tuyến: áp dụng đối với các thể bệnh tồn tại lâu dài.
- Phẫu thuật cắt lọc các chỗ vôi hoá nhiều.

BỆNH THẤP

1. Định nghĩa

Danh từ thấp dùng để chỉ ra những bệnh cấp tính và mạn tính có biểu hiện đau khớp xương, khớp mất khả năng cử động và có thể bị biến dạng nhưng không có nung mủ.

Tổn thương của khớp xương là: viêm và có sự thoái hoá mô liên kết. Các tổn thương này cũng xảy ra ở cơ, gân, cân xương, màng hoạt dịch và túi thanh mạc.

2. Phân loại

a. Các bệnh thấp cấp tính

- Thấp khớp cấp.
- Thấp nhiễm khuẩn: viêm khớp có thể xảy ra trong bệnh lý trực khuẩn, bệnh lậu...
- Bệnh thống phong.

b. Bệnh thấp mạn tính

- Viêm nhiều khớp mạn tính tiến triển.
- Bệnh hư khớp khu trú hoặc toàn thân.
- Bệnh viêm quanh khớp vai - cánh tay.
- Bệnh thống phong mạn tính.

BỆNH THẤP KHỚP CẤP

Bệnh thấp khớp cấp còn được gọi là bệnh Bonilland.

1. Định nghĩa

Bệnh thấp khớp cấp là bệnh viêm nhiều khớp cấp tính do nguyên nhân chưa được biết rõ, có triệu chứng sốt và thường gây ra tổn thương định vị ở tim.

2. Hoàn cảnh xuất hiện

Bệnh thường xảy ra ở lứa tuổi 7 - 15. Hầu hết bệnh tim ở trẻ em và người trẻ tuổi đều là những di chứng của bệnh thấp khớp cấp.

3. Nguyên nhân

Nguyên nhân chưa được biết rõ. Có thể là:

- Di truyền: trong trường hợp cả bố và mẹ đều bị bệnh thấp khớp cấp có nhiều khả năng là con cái sẽ mắc bệnh này.
- Liên cầu khuẩn tiêu huyết: vi khuẩn này gây các bệnh viêm họng, viêm tai, viêm xoang... Nhiễm khuẩn này không phải là nguyên nhân trực tiếp gây bệnh thấp khớp cấp mà chỉ là một yếu tố khởi phát.

4. Triệu chứng lâm sàng

Thường thấy bệnh viêm họng, viêm xoang hoặc viêm tai... trước khi người bệnh có triệu chứng của bệnh thấp khớp cấp khoảng 1 thời gian từ 2 đến 3 tuần lễ.

a. Thời kỳ bắt đầu

- Có tiền triệu (triệu chứng báo trước): chảy máu cam, đau cơ hoặc rối loạn tiêu hoá.
- Sốt 38 - 39⁰, rét run.
- Đau khắp cơ thể.
- Xanh xao, chán ăn và đổ nhiều mồ hôi.

b. Biểu hiện triệu chứng ở khớp

- Tổn thương viêm cấp tính ở nhiều khớp: khớp gối, cổ tay, cổ chân, vai, khớp khuỷu tay. Tổn thương di động và nhất thời.
- Khớp bị tổn thương có dấu hiệu sưng to, da vùng khớp đỏ và nóng.
- Đau khớp: đau khớp khi sờ nắn và đau dữ dội khi cử động khớp.
- Khớp xương mất khả năng cử động.
- Viêm khớp nhất thời và thuyên giảm sau 5 - 7 ngày rồi chuyển sang khớp xương khác.

Tính chất di động của thấp khớp cấp rất đặc trưng. Không bao giờ thấy nung mủ và cứng khớp.

c. Biểu hiện ở tim

Thường gặp bệnh thấp tim.

d. Các biểu hiện nội tạng

- Các hõn Meynet: ở mặt dưới của các khớp xương to, lớn bằng hạt đậu. Các hạt này có vị trí ở trong mô dưới da, rắn, chắc, khá đau và nhanh chóng biến mất.
- Ban đỏ: ít gặp. Ban đỏ là những vòng hoặc những mảng có một đường viền đỏ vây quanh. Có thể thấy ban xuất huyết.
- Tổn thương phổi: khó chẩn đoán do ứ máu phổi đi kèm tổn thương tim.
- Viêm màng phổi do thấp: tràn dịch không nhiều lắm, dịch thanh tơ.
- Viêm dây thần kinh: đau ở cổ hoặc kiểu đau hai dây thần kinh hông.

- Đau bụng: thường xảy ra ở trẻ em, có thể làm cho việc chẩn đoán bệnh sai, cơ chế không rõ.

5. Các thể lâm sàng

- Thể bệnh ngoài khớp hoặc nội tạng đơn thuần: chủ yếu ở tim, màng phổi - phổi, sốt đơn thuần.
- Thể bệnh ở khớp đơn thuần: xảy ra ở một hoặc nhiều khớp.
- Các thể bệnh ở trẻ em: khởi đầu bằng những dấu hiệu màng não, bụng, tổn thương khớp nhẹ, tổn thương tim rất hay gặp.

6. Tiến triển

- Cơ năng cấp tính tiến triển một cách tự phát đến thuyên giảm trong phần lớn các trường hợp.
- Bệnh tái phát và các tổn thương tim vĩnh viễn chiếm tỷ lệ cao. Những thể bệnh ác tính gây tử vong do suy tim.

Người ta ước đoán có 1/3 số người bệnh khỏi hẳn và 2/3 số trường hợp có dấu hiệu tổn thương ở van tim.

7. Chẩn đoán xác định bệnh

Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng:

- Viêm nhiều khớp nhất thời, có sốt và tổn thương chuyển từ khớp nọ sang khớp kia.
- Các biến chứng tim.
- Có biểu hiện ở da hoặc dấu hiệu múa giật kèm theo các biểu hiện khớp.
- Tác dụng hạ nhiệt và giảm đau khi sử dụng natri salicylat.

8. Chẩn đoán phân biệt

- Trạng thái sốt: sốt đơn thuần ở người bệnh không có một đợt thấp khớp trong thời gian trước đây.
- Viêm khớp nhiễm khuẩn: các dấu hiệu ở khớp nặng hơn so với dấu hiệu của thấp khớp cấp.
- Viêm nhiều khớp mạn tính tiến triển khó phân biệt với bệnh thấp khớp cấp nên cần phải theo dõi trong vài tuần lễ.
- Viêm màng trong tim chậm: thường xuất hiện ở người mang tổn thương tim do thấp, cho nên ở thời kỳ đầu của bệnh này có thể nhầm với đợt thấp khớp cấp mới. Cần phải tìm các đốm xuất huyết để phân biệt.

9. Điều trị

- Nằm nghỉ tuyệt đối trên giường: người bệnh chỉ được hoạt động khi bệnh thấp hết tiến triển. Dựa vào các yếu tố sau:
 - + Nhiệt độ phải bình thường.
 - + Mạch không được nhanh quá 100 lần/phút trong trạng thái nghỉ ngơi.
- Dùng thuốc kháng sinh.
- Dùng natri salicylat: salicylat gây ra những rối loạn thính giác (như ù tai, giảm thính lực), tiêu hoá (chán ăn, nôn) và thần kinh (vật vã, hoang tưởng, ý thức u ám).
- *Các corticosteroid:*
 - + Chỉ định dùng thuốc steroid trong các thể bệnh nặng có biến chứng (như: viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim).
 - + Khi dùng steroid thì sự thuyên giảm nhiều khi chỉ là nhất thời và không ngăn cản được bệnh tái phát. Sau

khí ngừng thuốc, các triệu chứng tại vị trí khớp và sốt có thể xuất hiện lại và tăng lên.

- + Trong suốt thời gian điều trị, cần cho người bệnh chế độ ăn nhạt tuyệt đối và kiểm tra thể trọng.
- Dùng phenylbutazon: liều lượng dùng từ 8mg/kg đến 12mg/kg trọng lượng cơ thể, tiêm bắp thịt hoặc cho uống.
- Điều trị suy tim hoặc viêm cơ tim (nếu có).
- Điều trị triệu chứng múa giật: dùng thuốc an thần, cortison.

VIÊM CỨNG KHỚP SỐNG

Bệnh viêm cứng khớp sống còn được gọi là bệnh hư đốt sống gốc chi hoặc bệnh P.Marie strumpell.

1. Định nghĩa

Bệnh viêm cứng đốt sống có đặc điểm là những viêm khớp liên đốt sống làm cho cứng khớp đốt sống hoàn toàn và cứng gần như hoàn toàn khớp ở gốc tứ chi với sự nguyên vẹn của các khớp xương nhỏ.

2. Nguyên nhân

Bệnh này là một thể bệnh viêm nhiều khớp mạn tính tiến triển và có một số đặc điểm sau:

- Các dây chằng khớp bị calci hoá.
- Các khớp cùng - chậu bị vi phạm, còn các khớp nhỏ của tứ chi không bị tổn thương.
- Không có những hõn dưới da.

3. Triệu chứng lâm sàng

- Cột sống: bao giờ cũng bị tổn thương, bao gồm các dấu hiệu
 - + Đau ở lưng.
 - + Các động tác bị hạn chế ở phía trước do cột sống gập ra phía trước bị hạn chế.
 - + Sút cân.
 - + Đau dọc theo dây thần kinh hông.
 - + Đau có thể dữ dội và hiện tượng co cứng cơ phản xạ có thể dẫn tới gù lưng.

Ở giai đoạn nặng:

- + Có dấu hiệu teo các cơ gai, các cơ mông và cơ đùi.
- + Có hiện tượng gắn liền hoàn toàn của cột sống dễ gây nên cứng khớp và gù.
- + Dấu hiệu đau giảm và mất.
- Tổn thương của các khớp ở gốc tứ chi: không hằng định và chỉ gặp khoảng 1/4 số trường hợp.
- Viêm mống mắt: xuất hiện trước khi có các biểu hiện triệu chứng ở khớp xương.
- Ở giai đoạn cuối của bệnh, người bệnh bị tàn phế thì có các dấu hiệu:
 - + Cứng khớp hoàn toàn.
 - + Người bệnh đi từng bước ngắn, hai bàn chân xoạc ra ngoài, không thể ngồi xuống được.
 - + Thân mình gù hẳn, đầu cố định.

4. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng:

- Đau lưng dai dẳng ở một người trẻ tuổi, nam giới.
- Giảm động tác gấp ra phía trước của cột sống.
- Các khớp ở gốc tứ chi có tổn thương không hằng định.

5. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

- Viêm nhiều khớp mạn tính tiến triển:
 - + Các khớp chậu - đùi không bị tổn thương.
 - + Có những hạt nút dưới da.
- Các nguyên nhân gây dấu hiệu đau lưng như:
 - + Loãng xương.
 - + Viêm các đốt sống.
 - + Thoát vị đĩa.
 - + Tổn thương thoái hoá của các đĩa gian đốt sống.

6. Tiến triển

Có thể tiến triển theo các cách sau:

- Bệnh thuyên giảm tự nhiên.
- Bệnh dẫn tới tổn thương gắn liền cột sống và người bệnh hết đau.

7. Điều trị

- Người bệnh nằm trên mặt giường cứng và không gối đầu cao để cột sống gắn liền trong tư thế thuận lợi nhất. Để

dựng trĩ đường cong uốn thất lưng, có thể chèn một chiếc gối nhỏ xuống dưới cột sống thất lưng khoảng 2 - 3 giờ mỗi ngày.

- Áp dụng liệu pháp vận động, liệu pháp thể dục, liệu pháp hô hấp và liệu pháp vật lý.
- Liệu pháp quang tuyến có hiệu quả trong nhiều trường hợp.
- Các thuốc điều trị:
 - + Thuốc indometacin (indocid) và các corticoid được sử dụng trong viêm nhiều khớp mạn tính tiến triển.
 - + Thuốc salicylat: có tác dụng tốt.
 - + Thuốc phenylbutazon và oxyphenylbutazon (tanderil) có tác dụng hiệu nghiệm trong bệnh viêm cứng khớp sống.

BỆNH HƯ KHỚP XƯƠNG

Bệnh hư khớp xương còn được gọi là: bệnh hư xương - khớp, thoái hoá khớp.

1. Định nghĩa

Bệnh hư khớp xương là quá trình thoái hoá của các khớp xương.

Quá trình thoái hoá này lúc đầu khu trú ở diện trượt xen vào giữa các xương, sau đó ta thấy xuất hiện ở phần bao và dây chằng của khớp.

2. Nguyên nhân

a. Quá trình lão hoá ở người trên 40 tuổi

Có hai thể lão hoá:

- Thể lão hoá nguyên phát: các khớp được tưới máu và nuôi dưỡng kém gây nên mất tính chất đàn hồi, khô, bị hao mòn và để bộc lộ mô xương của đầu xương ra.
- Thể lão hoá thứ phát: có thể hư khớp xương xảy ra: sau chấn thương quan trọng hoặc sau chấn thương nhẹ liên tiếp (như gặp ở công nhân sử dụng máy khoan khí nén), sau một quá tải ở khớp, ở người béo phì, sau viêm khớp để lại di chứng.

b. Sự giảm sút khả năng sinh dục sinh lý: đặc biệt là ở phụ nữ mãn kinh.

c. Do yếu tố di truyền

Bệnh hư xương - khớp thường gặp ở vị trí: khớp gian đốt sống trước, khớp gối, khớp háng, khớp đốt xương bàn tay.

3. Triệu chứng lâm sàng

Các triệu chứng xuất hiện khi xương và bộ bao - màng hoạt dịch bị tổn thương.

- Lúc đầu có triệu chứng đau khớp. Dấu hiệu đau rõ nhất vào buổi sáng, sau đó giảm dần và hết trong ngày.
- Sau đó xuất hiện hạn chế cử động và cùng lúc có hiện tượng mất khả năng vận động. Ở thời kỳ này, triệu chứng đau trở thành liên tục.
- Ở cả hai thời kỳ: khớp xương cứng, nóng và có thể không sưng.

4. Các thể bệnh

a. Hư khớp đốt sống

Có các loại hư khớp đốt sống theo vị trí sau đây:

- Hư khớp cổ (bệnh thấp khớp cổ): có các triệu chứng lâm sàng như sau
 - + Hạn chế cử động ở cổ.
 - + Đau ở cổ và triệu chứng đau có thể lan theo các hướng khác nhau do vị trí của các rễ thần kinh chui qua lỗ gian đốt sống cổ.
 - + Đau có thể lan lên gáy; kiểu đau dây thần kinh chằm.
 - + Đau có thể lan lên đầu gây nhức đầu ở vùng chằm hoặc vùng trán.
 - + Đau có thể lan xuống lồng ngực, xuống vai và chi trên (đau dây thần kinh cổ cánh tay dị cảm).
 - + Cổ cứng và có điểm đau ở các mỏm ngang khi ấn tay vào đó.
- Hư khớp lưng: có triệu chứng đau ở lưng và lồng ngực, có thể gặp dấu hiệu đau theo kiểu đau dây thần kinh liên sườn.
- Hư khớp thắt lưng mạn tính: triệu chứng lâm sàng nổi bật là đau lưng.
 - + Dấu hiệu đau lưng ở thời kỳ bắt đầu của bệnh có thể cấp tính: khi người bệnh cố gắng sức nhỏ thì dấu hiệu đau thắt lưng cản trở sự cử động của đốt sống và cố định người bệnh trong vài ngày.
 - + Ở thời kỳ bệnh nặng: đau lưng có thể xuất hiện thường xuyên và cản trở mọi cử động. Động tác uốn thắt lưng có thể không thực hiện được và xuất hiện chứng gù vẹo.

b. Hư khớp gối

Có các triệu chứng lâm sàng như sau:

- Khớp gối sưng và đau.
- Hạn chế động tác duỗi chân và giảm các động tác bên của xương bánh chè.
- Có tiếng rắc ở khớp khi cử động.
- Viêm mô lỏng lẻo ở da.
- Thường gặp thể bệnh này ở phụ nữ có độ tuổi mãn kinh.
- Bệnh hay lan sang cả hai khớp gối.

c. Hư khớp háng

Có các triệu chứng lâm sàng:

- Đau có thể ở bên, ở mông hoặc ở đầu gối, đau khi đi lại và giảm khi nghỉ ngơi.
- Hạn chế cử động khớp háng: lúc đầu, hạn chế động tác quay khớp, sau đó hạn chế động tác duỗi và dạng chân.
- Teo các cơ quanh khớp.

Tổn thương hư khớp háng có thể gặp với dấu hiệu đầu tiên là đau ở khớp gối. Trong trường hợp này, khó có thể xác định được bệnh hư khớp háng ở thời kỳ bắt đầu.

d. Viêm quanh khớp vai - cánh tay.

e. Hư khớp ngón tay

Ngón giữa và ngón trỏ thường bị tổn thương hơn các ngón khác.

Triệu chứng lâm sàng thể hiện bằng những u nang trong có chứa một dịch nhầy như thạch. Có hiện tượng phì đại xương ở đáy các đốt ngón giữa và ngón trỏ.

Thường gặp hư khớp ngón tay ở phụ nữ trên 40 tuổi.

5. Chẩn đoán xác định

Để xác định bệnh, có thể dựa vào các triệu chứng lâm sàng sau:

- Đau khớp xương, triệu chứng này giảm khi người bệnh nghỉ ngơi.
- Tổn thương thoái hoá ở khớp xương, có dấu hiệu viêm tại chỗ rất nhẹ.
- Không có triệu chứng toàn thân.

6. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Viêm nhiều khớp mạn tính tiến triển.
- Bệnh loãng xương.
- Di căn của bệnh ung thư.
- Đau tuỷ (phân biệt với bệnh hư khớp đốt sống).
- Chứng đau thắt ngực (phân biệt với bệnh hư khớp cổ và hư khớp lưng trong trường hợp triệu chứng đau lan xuống vùng trước tim).

7. Tiến triển

Tổn thương khớp xương của bệnh hư khớp xương là không hồi phục.

Bệnh có tiến triển tốt nhưng chậm vì tổn thương không gây cứng khớp hoàn toàn.

8. Điều trị

Áp dụng các biện pháp điều trị:

- Nghỉ ngơi: đây là biện pháp chủ yếu áp dụng trong cơn đau.
- Thuốc giảm đau: thuốc giảm đau có hiệu quả nhất đối với bệnh hư xương khớp là loại acid salicylic.

Thuốc indomethacin (tindocid) có tác dụng giảm đau nhưng có tác dụng phụ gây khó chịu cho người bệnh.

- Phenobarbital: có hiệu quả đối với đau dây thần kinh.
- Phenylbutazon: dùng với liều lượng 100mg x 4 lần/24h trong trường hợp đã sử dụng acid acetyl salicylic không đưa lại hiệu quả cho người bệnh. Phenylbutazon có thể gây tai biến nhiễm độc, cho nên cần chú ý dùng hạn chế trong giai đoạn cấp tính của bệnh.
- Liệu trình chữa chứng béo phì: người béo phì mắc bệnh hư khớp gối và hư khớp háng cần thực hiện chế độ dinh dưỡng và điều trị để cơ thể gầy bớt đi.
- Thuốc cortison và ACTH: đây là liệu pháp vô thương thận. Tiêm corticoid vào trong khớp đã mang lại kết quả tốt, đặc biệt là ở thời kỳ đầu của bệnh hư khớp gối. Phải tuyệt đối giữ vô khuẩn khi tiêm vì có thể gây viêm khớp hoại tử.
- Dùng oestrogen trong trường hợp hư xương - khớp ở tuổi mãn kinh.
- Lý liệu pháp: ủ nóng tại chỗ liệu pháp dùng tia X, dùng nước suối khoáng.

BỆNH KHỚP DO THẦN KINH

Bệnh khớp do thần kinh còn được gọi là bệnh khớp do Tabét (Tabès)

1. Định nghĩa

Bệnh khớp do thần kinh là bệnh khớp được quan sát thấy trong trường hợp có tổn thương tủy não và có đặc điểm:

- Khớp sưng to.
- Nhão khớp.
- Khớp không đau trầm trọng.

2. Nguyên nhân

Các nguyên nhân gây bệnh thường gặp:

- Bệnh Tabét (Tabès).
- Bệnh rối loạn tuỷ sống.
- Bệnh thần kinh do tiểu đường.
- Hội chứng thần kinh của bệnh thiếu máu ác tính.
- Chèn ép tuỷ sống mạn tính.

Bệnh khớp do thần kinh được xuất hiện do rối loạn dinh dưỡng thần kinh hoặc do chấn thương.

Bệnh khớp có kèm theo mất cảm giác đau, mất cảm giác sâu, xuất nhiệt và giảm trương lực cơ.

3. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng thay đổi tuỳ theo từng thể bệnh sau:

- Bệnh khớp gôi: có các dấu hiệu lâm sàng như sau
 - + Khớp không đau.
 - + Khớp gôi sưng và đầu gôi bị căng phồng do tràn dịch trong bao khớp. Dịch trong bao khớp là dịch nhớt, đôi khi có màu và chứa nhiều albumin.

Có thể gặp thể giả viêm của khớp gối: có triệu chứng lâm sàng giống như viêm nhưng khớp gối không đau và không gây nung mủ.

- Bệnh khớp háng teo: đầu xương bị ăn mòn và chỉ còn lại móm cụt.

- Bệnh khớp bàn chân do Ta bét

Có các dấu hiệu lâm sàng:

- + Bờ trong của bàn chân rộng ra.

- + Mu bàn chân bị đẩy lên do phù.

- + Vòm gan bàn chân biến mất.

- Bệnh khớp đốt sống

- + Có hiện tượng loãng xương và gai xương.

- + Có thể gặp hiện tượng xẹp 2 - 3 đốt sống thắt lưng.

- Bệnh ngón chân to do Ta bét: có các dấu hiệu lâm sàng

- + Lúc đầu ngón chân bị sưng.

- + Dần dần ngón chân bị teo.

- + Có thể gặp ổ loét ở gan bàn chân.

4. Điều trị

- Điều trị bằng thuốc kháng sinh không mang lại kết quả.

- Chính hình là phương pháp điều trị chủ yếu.

LỆCH KHỚP

1. Định nghĩa

Bệnh lệch khớp là bệnh gặp ở xương, mang tính chất dị hình bẩm sinh.

Thường gặp bệnh lệch khớp ở xương sọ, xương mặt, xương hàm và cổ thể gặp ở các đầu chi.

2. Phân loại

- Lệch khớp đòn - sọ: lệch khớp đòn - sọ có đặc điểm là bất sản xương đòn hai bên và có dị tật cốt hoá ở vòm sọ.

Có các dấu hiệu lâm sàng:

- Còn thóp trước ở tuổi trưởng thành.
- Sọ to và ngắn.
- Có một đường lõm ở giữa trán hình máng do thiếu sự cốt hoá xung quanh đường khớp của sọ.
- Có thể thấy các dị hình ở răng, ở xương chậu (do bất sản khớp mu), gù vẹo cột sống, dị tật ở đùi làm cho đùi cong vào, dị tật ở ngón tay (dấu hiệu tay vượn).
- Bệnh khớp sọ - mặt: do sự dính liền sớm khớp của các xương vòm sọ và có một bướu ở phần trên của xương trán.

Có các dấu hiệu lâm sàng sau đây:

- + Lồi mắt do biến dạng ổ mắt.
- + Dung mạo người bệnh không bình thường do giảm sản xương hàm trên.
- + Trì đọng tinh thần, nhức đầu, rối loạn thính giác, có thể gặp các cơn động kinh.
- Các thể bệnh khác
 - + Phì đại sọ:
 - Xương sọ to.
 - Ngón tay và ngón chân ngắn.

- + Lệch khớp hàm dưới - mặt: do giảm sản hàm trên và hàm dưới.

Các dấu hiệu lâm sàng:

- Miệng rộng.
 - Hình dạng đầu chim.
 - Hẹp ống tai.
- + Thể bệnh đầu nhọn và ngón dính: có các dấu hiệu lâm sàng sau đây
- Đầu hình tháp.
 - Tật dính ngón.
 - Lồi mắt.
 - Có thể gặp teo thân kinh thị giác.

Chương 3

CÁC LOẠI NHIỄM ĐỘC

NHIỄM ĐỘC THUỐC PHIỆN

Các loại thuốc có thuốc phiện bao gồm:

- Các alkaloid tự nhiên của thuốc phiện: morphin, codein, thebain.
- Các dẫn xuất bán tổng hợp của thuốc phiện: codetylin, hydrocodon, oxymorphon, pholcodin.
- Các thuốc giảm đau tổng hợp gây ra trạng thái nghiện thuốc: methadon, petidin, anphaprodin, xetobemidon, dextromoramid, piminodin.

1. Nhiễm độc cấp tính

a. Liều lượng gây tử vong

Các dấu hiệu nhiễm độc thường xuất hiện khi sử dụng từ 0,05g (5 centigram) trở lên.

Với liều lượng 0,25g morphin qua đường uống hay đường tiêm thường gây tử vong ở người không nghiện thuốc phiện. Với người nghiện thuốc phiện thì có thể chịu đựng được liều lượng morphin cao hơn.

Người mắc bệnh gan, bệnh phù niêm mạc, bệnh Addison có biểu thị một trạng thái tăng cảm thụ với morphin.

b. Triệu chứng lâm sàng

- *Tiêm hoặc hấp thụ morphin với liều lượng cao* gây ra tử vong nhanh: người bệnh hôn mê, giãn đồng tử, không co giật và tử vong sau vài giờ.
- *Với liều lượng morphin thấp* và kém mạnh, người bệnh thể hiện các dấu hiệu:
 - + Mạch thái dương đập mạnh, mạch nhanh, tim đập dữ dội.
 - + Đôi khi có phát ban ở da, ngứa, họng khô.
 - + Buồn nôn và nôn xuất hiện nối tiếp nhau.
 - + Lượng nước tiểu giảm.
 - + Táo bón.
 - + Sảng khoái nhưng đôi khi vật vã và mê sảng.
 - + Đồng tử bị co tuyệt đối.

Sau vài giờ, người bệnh có nhịp thở và mạch chậm lại, áp lực động mạch giảm, dấu hiệu xanh tím tăng lên, dấu hiệu co giật xuất hiện, giãn đồng tử... báo hiệu tử vong.

c. Tiên lượng

Tiên lượng tốt gặp trong trường hợp người bị nhiễm độc có phản ứng đủ rất yếu với mọi kích thích từ bên ngoài.

d. Điều trị

- Dùng dung dịch tanin (1 - 2%) với liều lượng 100ml, rồi uống một chút nước.
- Trong trường hợp mất tri giác: rửa dạ dày trong điều kiện đã đặt trước được ống nội khí quản.
- Trong trường hợp nhiễm độc morphin do tiêm, cần khoanh vùng bằng cách tiêm adrenalin pha loãng với liều lượng không quá 1mg.

– Dùng thuốc giải độc:

- + Nalorphin: tiêm tĩnh mạch với liều lượng 5 - 10mg (trong trường hợp có dấu hiệu sốc) hoặc tiêm bắp với liều lượng 5 - 30mg.
- + Levalorphan: tiêm tĩnh mạch với liều lượng 0,5mg - 1mg.

Các thứ thuốc này ít tác động trên trạng thái ý thức.

- + Dùng biện pháp hô hấp hỗ trợ và liệu pháp oxy.
- + Điều trị người bệnh hôn mê:
 - Chăm sóc miệng và mắt đều đặn.
 - Cho ăn qua đường tĩnh mạch hoặc qua ống thông dạ dày.
 - Đặt ống thông bàng quang.
 - Duy trì nhịp thở thông suốt, dẫn lưu tư thế: người bệnh nằm đầu thấp và nghiêng phải hoặc nghiêng trái, hút đều chất nhầy trong họng.

2. Nhiễm độc mạn tính

Các chất gây nhiễm độc morphin mạn tính có thể gặp:

- Tiêm tĩnh mạch morphin với liều lượng cao.
- Các dẫn xuất của morphin như heroin, codein, cocain.
- Các thuốc giảm đau tổng hợp loại petidin và metadon.

a. Triệu chứng

- Trước khi xuất hiện nghiện thuốc phiện:

Có những dấu hiệu:

- + Nhịp thở chậm, ra mồ hôi.

- + Ngứa.
 - + Buồn nôn và nôn mửa.
 - + Xuất hiện một thời kỳ ngắn có dấu hiệu ngủ gà và ít nhiều sáng khoái. Nếu tiêm morphin vào tĩnh mạch thì có cảm giác nội tạng mãnh liệt, nhiều khi được ví như đâm khoáy lạc.
 - Khi hình thành nghiện thuốc phiện
- Có dấu hiệu:
- + Co đồng tử.
 - + Người bệnh gầy sút, có thể bị loãng xương toàn thân.
 - + Cơ thể có nhiều nốt sẹo tiêm và những áp xe.
 - + Tinh dục bị suy giảm nhiều.

b. Con nghiện morphin

- Con nghiện chưa bắt đầu biểu hiện trước giờ thứ 12 kể từ khi nhện thuốc. Nó bắt đầu sau khi nhện thuốc 24 giờ và đạt tới đỉnh cao của cơn nghiện 48 giờ sau mũi tiêm cuối cùng.

Đặc điểm của cơn nghiện:

- + Người bệnh bồn chồn, khổ não.
- + Vã mồ hôi, chảy nước mắt, ngáp.
- + Giãn đồng tử.
- + Thường đau ở cẳng chân và ở lưng.
- + Mạch và nhịp thở nhanh, nôn ọe, tiêu chảy khi sự vật vã của người bệnh lên đến cao độ. Có thể kèm theo áp lực động mạch và nhiệt độ tăng nhẹ.
- Các triệu chứng này giảm khá nhanh sau 2 ngày. Tỷ lệ mức độ tăng của triệu chứng phụ thuộc vào liều lượng morphin đã dùng.

Các thuốc giảm đau tổng hợp thường gây các triệu chứng lâm sàng học nhẹ hơn.

Các dấu hiệu trên đây giảm nhanh và hết hẳn sau khi tiêm một liều lượng thích hợp thuốc phiện.

2.3. Điều trị

Dùng liệu trình giải độc.

NHIỄM ĐỘC RƯỢU VÀ CỒN ETHYLIC

1. Nhiễm độc rượu

a. Định nghĩa

Nhiễm độc rượu là những rối loạn thần kinh, tâm thần và bộ phận nội tạng do rượu gây nên.

b. Nguyên nhân

Phản ứng với tình trạng buồn phiền.

Người bệnh có đặc điểm loạn thần kinh chức năng hoặc bệnh lý tâm thần.

Nghề nghiệp có tính chất xã hội như chủ quán rượu, người đi chào hàng.

c. Triệu chứng

Các loại nhiễm độc này có các dấu hiệu:

- Tình cảm hay thay đổi, thiếu sự ổn định.
- Trí nhớ và trí xét đoán bị suy giảm.
- Tình dục giảm sút.
- Lưỡi môi và các ngón tay rung mạnh

- Có dấu hiệu viêm dạ dày, xơ gan và viêm nhiều dây thần kinh.

d. Điều trị

- Nội khoa:
 - + Dùng thuốc điều trị xơ gan và viêm nhiều dây thần kinh.
 - + Tiêm apomorphin sau khi uống rượu để tạo ra một phản xạ lợm giọng.
- Liệu pháp tâm lý và điều trị bệnh tâm thần.

e. Biến chứng

- Rối loạn tâm thần cấp tính nhất thời.
- Rối loạn tâm thần nghiêm trọng, có thể kèm theo: rối loạn viêm nhiều dây thần kinh, thiếu vitamin, thiếu ăn...

2. Nhiễm độc cồn ethylic

Cồn ethylic có trong các loại đồ uống sau:

- Trong bia: tỷ lệ cồn ethylic là 2% - 4%.
- Trong rượu vang: tỷ lệ 6 - 13%.
- Trong rượu mùi: tỷ lệ 30 - 40%.
- Trong rượu Whisky, Rhum, Cognac: tỷ lệ tới 50%.

a. Triệu chứng

- Có các dấu hiệu lâm sàng học qua các giai đoạn:
 - + Giai đoạn khoan khoái và kích thích: giữa 1% và 2,5% cồn ở trong máu.
 - + Giai đoạn ngủ: bắt đầu từ tỷ lệ 2,5‰ cồn ở trong máu trở lên.

- + Giai đoạn hôn mê nặng: tỷ lệ từ 4⁰⁰⁰ đến 5⁰⁰⁰ còn ở trong máu trở lên.
- Các dấu hiệu lâm sàng học của giai đoạn hôn mê do cồn có đặc điểm:
 - + Thở nhanh, nông, hơi thở có mùi cồn.
 - + Nhịp tim nhanh, kèm theo giảm huyết áp.
 - + Mệt đỏ và có thể xanh tím nhẹ.
 - + Phản xạ giác mạc và đồng tử còn nhưng phản xạ gân và xương thường bị mất.

b. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với trạng thái hôn mê không có dấu hiệu thần kinh khu trú, có thể gặp trong các trường hợp:

- Hôn mê do nhiễm độc thuốc ngủ như: phenobarbital, cloral, seduxen, aminazin, plegomazin...
- Hôn mê do tăng urê trong máu.
- Hôn mê do bệnh tiểu đường.
- Hôn mê do bệnh ở gan (viêm gan mạn tính, xơ gan, ung thư gan...).
- Hôn mê do nhiễm độc carbon oxyd (CO).
- Hôn mê do nhiễm độc thuốc phiện.

c. Điều trị

Thực hiện các liệu pháp:

- Rửa dạ dày bằng dung dịch natri bicarbonat, ngửi amoniac (NH₃).

Chú ý: tránh tiêm apo morphin.

- Dùng các thuốc hồi sức thông thường.

- Dùng kháng sinh để phòng viêm phổi do hít thở.
- Dùng thuốc an thần khi người bệnh vật vã.
- Dùng liệu pháp oxy trong các thể nặng.

NHIỄM ĐỘC CARBON MONOXYD

Carbon monoxyl (CO) là một khí không màu, không mùi. CO có trọng lượng nhẹ hơn không khí.

1. Nguồn gốc của CO

- Khí thấp: trong khí thấp có nồng độ CO trung bình khoảng 8%.
- Khí lò than hay lò đốt củi: khí đốt lò, đặc biệt khi đầy lò làm hạn chế không khí tới.
- Lò cao: khí thải của lò cao chứa tới 40% CO.
- Khí mỏ than (nhất là khí ở trong mỏ và đường hầm), khí nổ, khí thoát ra trong đám cháy.
- Khí thoát ra từ các động cơ nổ, có nồng độ CO tới 7%: khói của đầu máy xe lửa chạy bằng hơi nước.
- Khí thoát ra từ việc hàn bằng đèn xì ở nơi chật hẹp.

2. Triệu chứng lâm sàng

a. Nhiễm độc nặng

Có dấu hiệu liệt các chi, ngất và co giật. Có thể tử vong trong vài giây hoặc vài phút.

b. Nhiễm độc cấp tính

Có các dấu hiệu:

- Nhức hai thái dương, ù tai.
- Đánh trống ngực, mạch nhanh.
- Đau bụng, buồn nôn.
- Dáng đi loạn choạng, ngủ gà và hôn mê.
- Nhịp thở không đều, thở nông.
- Diễn biến của nhiễm độc cấp tính có thể gặp các khả năng sau đây:
- Tử vong sau vài giờ hoặc vài ngày vì liệt hô hấp (ngừng thở).
- Người bệnh có thể tỉnh lại dần và có các dấu hiệu: nhức đầu, chóng mặt và có thể mất trí nhớ.

3. Di chứng

a. Rối loạn thần kinh

- Có các dấu hiệu: mất trí nhớ, nhức đầu, mất ngủ, chóng mặt, rối loạn tình cảm.
- Có thể xuất hiện liệt hoặc có hội chứng Parkinson.

b. Dấu hiệu tim mạch

Đau thắt ngực, nghẽn thành mạch kèm tắc động mạch, nhồi máu cơ tim.

c. Có thể gây thiếu máu ác tính

4. Ngộ độc CO do tiếp xúc liên tiếp

Gây nên các thời kỳ thiếu oxy não, có các dấu hiệu:

- Rối loạn trí nhớ và cảm tính.
- Rối loạn giác quan, nhất là ở các ngón tay và ngón chân.

5. Chẩn đoán

Dựa vào:

- Tiền sử và thời gian tiếp xúc với khí thải có carbon monoxyl (CO)
- Phát hiện CO trong máu.

6. Điều trị

- Người bệnh được thở oxy.
- Dùng kháng sinh để phòng nhiễm khuẩn đường hô hấp.
- Tiêm tĩnh mạch glucose ưu trương (30%) để điều trị phù não.

NHIỄM ĐỘC ÉT XĂNG VÀ DẦU HOẢ

Et xăng, dầu hỏa, dầu ma dút và kerosen gây hiện tượng nhiễm độc giống nhau.

Hiện tượng nhiễm độc xảy ra khi hít phải một lượng lớn hoặc uống nhầm phải các chất này.

1. Triệu chứng

Có các dấu hiệu:

- Dấu hiệu nhiễm độc kèm trạng thái sảng khoái, dáng đi chệnh choạng, nhức đầu, xanh tím và mất tri giác.
- Trong trường hợp uống phải các chất kể trên, có 2 dấu hiệu quan trọng:
 - + Dấu hiệu thần kinh xảy ra sau khi có biểu hiện viêm dạ dày - ruột.

+ Viêm phế quản - phổi là một biến chứng thường gặp.

2. Điều trị

- Dùng liệu pháp oxy kèm theo hô hấp hỗ trợ.
- Dùng kháng sinh để phòng nhiễm khuẩn đường hô hấp.
- Dùng thuốc trợ tim digitalin trong trường hợp có biểu hiện phù phổi.
- Cho uống dầu paraffin với khối lượng từ 200ml đến 300ml. Sau đó cho người bệnh uống thuốc tẩy muối.

NHIỄM ĐỘC NICOTIN

Nicotin có trong một số thuốc trừ sâu, thuốc lá, thuốc Lào.

Nhiễm độc nicotin xảy ra khi tình cờ uống phải hoặc hít phải một trong các chất kể trên. Liều lượng nicotin có thể gây nên tử vong là 50mg.

Nhiễm độc có thể gặp trong trường hợp các chất nêu trên xuyên qua da.

1. Triệu chứng

a. Nhiễm độc cấp tính

- Viêm dạ dày - ruột cấp tính.
- Co giật, rối loạn nhịp tim, liệt hô hấp (ngừng thở) và có trạng thái sốc (trong trường hợp nặng).

b. Nhiễm độc mạn tính

Xảy ra ở người nghiện thuốc lá, nghiện thuốc Lào với các biểu hiện:

- Trạng thái nóng nảy.
- Chán ăn.
- Viêm họng.
- Xuất hiện các yếu tố dễ gây nên ung thư phế quản - phổi.
- Rối loạn thị giác: do tác dụng phối hợp của rượu và thuốc lá (hoặc chất có nicotin).

2. Điều trị

- Dùng atropin liều cao để gây ức chế phần nào một số tác dụng của nicotin.
- Duy trì chức năng hô hấp.
- Điều trị loạn nhịp tim và co giật.
- Rửa dạ dày với dung dịch tanin 2%.
- Dùng thuốc giải độc phổ thông (hỗn hợp 2 phần than + 1 phần acid tanic + 1 phần magiê oxyd thiêu): cho uống 10 - 15g hòa trong nước; sau đó tiến hành rửa dạ dày.

Trong trường hợp ngộ độc xuyên qua da, cần rửa mạnh da bằng nước và xà phòng.

NGỘ ĐỘC AMPHETAMIN

Amphetamin là thuốc giống giao cảm không hoàn toàn. Tác dụng của thuốc amphetamin trên mạch máu yếu so với tác dụng kích thích vỏ não (amin bổ tâm thần). Amphetamin còn gọi là norephedran.

1. Các dạng thuốc amphetamin

a. *Amphetamin rexemic* (tên khác: benzedrine, ortédrine, phénédrine)

- Tác dụng: kích thích hoạt động của não để chữa chứng ngủ rũ và đôi khi chữa hội chứng Parkinson.
- Cách dùng: uống từ 5mg đến 15mg/24h.
- Tác dụng phụ: khô miệng, đỏ mặt, mất ngủ, đánh trống ngực.

Không dùng thuốc trong các trường hợp người bệnh có:

- + Tăng huyết áp
- + Đau thắt ngực, bệnh tim.
- + Bệnh Basedow, bệnh thận.

b. Amphetamin maxiton, amphetamin dexedrin

- Tác dụng: kích thích vỏ não. Thuốc này được dung nạp tốt hơn thuốc trên.
- Cách dùng: uống liều trung bình từ 8mg đến 20mg mỗi ngày.

c. Amphetamin lévêdrane: kèm tác dụng so với thuốc trên.

d. Methylamphetamin (elphedrane, pervitin, methedrin, desexin, tonedron): chất này có liên quan với ephedrin và amphetamin.

Tác dụng: tăng huyết áp và kích thích vỏ não (amin bổ tâm thần).

Ngoài ra nó còn tác dụng làm giảm ngon miệng ở người béo phì.

2. Triệu chứng khi bị nhiễm độc

- Kích thích tâm thần và vận động
- Tăng huyết áp ở giai đoạn đầu.
- Nhịp tim nhanh.

- Giãn đồng tử.
- Suy hô hấp.
- Co giật, hôn mê.

3. Điều trị

- Dùng clopromazin 50mg tiêm bắp thịt hoặc guanetidin 5mg - 10mg tiêm bắp thịt.
- Dùng thuốc giãn mạch nitrit với liều lượng trung bình.
- Dùng thuốc an thần trong trường hợp người bệnh bị co giật.
- Hô hấp hỗ trợ trong trường hợp người bệnh bị hôn mê sâu.
- Dùng thuốc điều trị nhịp tim nhanh và phù phổi nếu có dấu hiệu ở người bệnh.

NHIỄM ĐỘC CÁC LOẠI THUỐC NGỦ

1. Nhiễm độc cấp tính

Các loại thuốc ngủ và thuốc giảm đau (gọi chung là barbituric) khác nhau ở tốc độ và thời hạn tác động để gây nhiễm độc của chúng.

Phenobarbital là chất điển hình của barbituric có tác dụng kéo dài: liều gây chết trung bình là 5g.

Với cloral: liều gây chết vào khoảng 10g.

Các thử thuốc ngủ không phải là barbituric thì ít độc hơn, liều gây chết thường vượt quá 10g - 20g.

a. Triệu chứng

- Trường hợp nhiễm độc nhẹ, có các triệu chứng:
 - + Người bệnh có trạng thái kích động giống như say rượu, chưa mất tri giác.
 - + Nhịp thở và mạch bình thường.
 - + Phản xạ giác mạc và phản xạ gân bình thường hoặc giảm.
 - Trường hợp nhiễm độc nặng: có các triệu chứng
 - + Hôn mê sâu và xanh tím
 - + Có dấu hiệu phát ban ngoài da.
 - + Mạch nhanh, huyết áp hạ.
 - + Đồng tử co và phản ứng yếu ớt với ánh sáng.
 - + Phản xạ giác mạc và phản xạ gân xương bị mất.
 - + Có thể: liệt trung tâm hô hấp, viêm phổi và phù phổi.
- Trong trường hợp này, người bệnh dễ bị tử vong.

b. Tiên lượng

Tiên lượng xấu gặp trong các trường hợp:

- Hôn mê sâu kéo dài.
- Uống thuốc ngủ cùng với rượu.

c. Chẩn đoán

Dựa vào những dấu hiệu của tình trạng hôn mê và ý kiến phát hiện của gia đình người bệnh.

d. Điều trị

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, nhịp thở và huyết áp của người bệnh.

- Dùng thuốc kháng sinh để điều trị và dự phòng nhiễm khuẩn đường hô hấp.
- Điều trị trạng thái sốc:
 - + Dùng thuốc tăng huyết áp.
 - + Truyền máu hoặc dextran.
- Rửa dạ dày: phương pháp này được áp dụng trong khoảng 2 giờ kể từ khi người bệnh uống thuốc và người bệnh chưa mất ý thức.

Sau khi rửa dạ dày, dùng thuốc giải độc thông thường và sau đó dùng thuốc tẩy muối.

- Tiêm tĩnh mạch dung dịch natri bicarbonat 1/6mol (14g/lít) để kiềm hoá nước tiểu. Cần chú ý dùng thêm 20mEq/l một loại muối kali.
- Cho người bệnh nằm đầu thấp, hút đều chất nhầy trong họng và trong phế quản để duy trì sự thông suốt của đường thở.

2. Nhiễm độc mạn tính

a. Liều lượng: do thói quen nghiện thuốc ngủ, xảy ra trung bình với liều lượng trên 0,8g của một loại thuốc ngủ có tác dụng nhanh.

b. Triệu chứng

Các dấu hiệu của nhiễm độc thuốc ngủ mạn tính tương tự như các dấu hiệu của nghiện rượu:

- Dáng đi loạng choạng, mất sự phối hợp động tác.
- Rung giật nhãn cầu.
- Rối loạn trí xét đoán.
- Cơ nghiện xảy ra giống như cơn nghiện morphin.

Trong trường hợp ngừng đột ngột barbituric có thể xuất hiện các cơn giật hoặc có trạng thái mê sảng.

c. *Điều trị*: liệu trình giải độc được tiến hành ở bệnh viện chuyên khoa.

NHIỄM ĐỘC ASEN (ARSENIC)

1. Các sản phẩm độc

- Asen nguyên chất: chất này không độc nhưng nó nhanh chóng oxy hoá để hình thành anhydric arsenic (As_2O_3) có độc.
- Anhydric arsenic: có dạng bột trắng, dùng trong các vụ đầu độc. Liều lượng gây tử vong là $0,1g \cdot 0,2g$.
- Chì (Pb) và calci arseniat: có trong thuốc trừ sâu và thuốc trừ cỏ.
- Các hợp chất hữu cơ của asen dùng trong điều trị.

2. Những ngành công nghiệp tiếp xúc với asen

- Sản xuất, xử lý và thao tác asen và các hợp chất của nó.
- Dùng thuốc trừ sâu trong nông nghiệp.
- Ngành công nghiệp đồ gốm thủy tinh, công nghiệp chất nổ, công nghệ thuộc da và sản xuất thuốc nhuộm.

3. Triệu chứng

a. Nhiễm độc cấp tính

- Do hít phải asen: gây viêm khí quản, đau ngực, ho, khó thở.

Sau 1 - 2 ngày, thường xuất hiện hội chứng bụng.

- Do uống phải asen: thời gian tiềm tàng sau khi uống từ 12 giờ đến 24 giờ; sau đó xuất hiện các triệu chứng của viêm dạ dày - ruột cấp tính với các dấu hiệu
 - + Nôn và tiêu chảy.
 - + Ban đỏ xuất hiện.
 - + Nhịp tim nhanh.
 - + Huyết áp hạ.

Sau đó xuất hiện các dấu hiệu:

- + Giảm lượng nước tiểu.
- + Vô niệu.
- + Co giật và hôn mê.

b. Nhiễm độc mạn tính

Bao gồm có các dấu hiệu:

- Rối loạn thần kinh: biểu hiện qua các dấu hiệu rối loạn tâm thần, viêm nhiễm dây thần kinh kiểu cảm giác - vận động, chủ yếu ở các cơ duỗi ở bàn chân và bàn tay.
- Tổn thương ở da:
 - + Các vết loét ở gan bàn tay.
 - + Đen da.
 - + Da sần và có mụn nước.
 - + Đỏ da.
- Rối loạn hệ tim mạch:
 - + Xanh tím ở các đầu chi.
 - + Nghẽn động mạch trong trường hợp bệnh nặng.

- Rối loạn hệ tiêu hoá:
 - + Buồn nôn, tiêu chảy.
 - + Tăng tiết nước bọt.
- Rối loạn hệ hô hấp: có dấu hiệu của viêm mũi và viêm thanh - khí quản.
- Có thể xuất hiện dấu hiệu thiếu máu.

4. Tiên lượng

- Thể cấp tính: tiên lượng tốt với điều trị sớm bằng BAL.
- Thể mạn tính: có thể gặp biến chứng liệt vĩnh viễn.

5. Chẩn đoán

a. Chẩn đoán xác định

Dựa vào việc phát hiện asen ở trong nước tiểu, ở tóc hoặc ở móng tay móng chân.

b. Chẩn đoán phân biệt

- Thể cấp tính: phân biệt với viêm dạ dày - ruột do các nguyên nhân khác.
- Thể mạn tính: phân biệt với bệnh viêm nhiều dây thần kinh do các nguyên nhân khác.

6. Điều trị

a. Thể cấp tính

- Rửa dạ dày.
- Dùng apomorphin.
- Dùng thuốc giảm đau và thuốc hồi sức.

- Dùng natri thiosulfat 10%: tiêm tĩnh mạch từ 20ml đến 30ml.
- Tiêm truyền tĩnh mạch dung dịch muối đẳng trương.

b. Thể mạn tính

- Dùng BAL để điều trị viêm nhiễm dây thần kinh.
- Trong trường hợp có dấu hiệu tổn thương ở não: dùng thuốc an thần, dung dịch glucosa ưu trương.

CÁC LOẠI THUỐC CÓ THUỐC PHIỆN

1. Các alcaloid của thuốc phiện

Các alcaloid của thuốc phiện được tìm thấy chủ yếu trong các alcaloid dẫn xuất của phenantren, gồm có các thuốc morphin và thebaine, codein.

- Morphin là alcaloid chính của thuốc phiện. Đó là một dẫn xuất của phenantren.
- Các muối morphin thường dùng:
 - + Morphin clohydrat chứa 70% morphin.
 - + Morphin gluconat có tác dụng chậm.
 - + Morphin phenylpropionat có tác dụng nhanh.
 - + Morphin khó hấp thụ bằng đường tiêu hoá và xuất hiện trong nước tiểu dưới dạng glycurol liên hợp.

a. Tác dụng chính

- Kích thích và làm suy giảm hệ thần kinh trung ương: sau một thời kỳ kích thích ngắn, morphin làm suy giảm vỏ não. Morphin là một thuốc an thần và làm giảm lo âu.

- Tác dụng trên các trung tâm hàng não:
 - + Trung tâm hô hấp và trung tâm ho bị suy giảm sau một thời gian ngắn bị kích thích do morphin.
 - + Nhịp tim chậm do dây thần kinh phế vị bị kích thích.
 - + Hẹp đồng tử do dây thần kinh III bị kích thích.
- Tác dụng giảm đau: có vị trí chủ yếu ở vùng đồi thị chịu tác dụng của morphin.
- Tác dụng trên mạch máu: huyết áp hạ do giãn mạch ngoại biên dưới tác dụng của morphin liều lượng cao.
- Tác dụng trên các cơ trơn: morphin gây co các cơ trơn, nhất là cơ trơn của đường tiêu hoá (gây ra nôn). Tác dụng này bị atropin ức chế.
- Tác dụng trên các trung tâm dưới đồi thị: gây hạ nhiệt độ cơ thể và giảm lượng nước tiểu do giải phóng hormon chống lợi tiểu của thùy sau tuyến yên.
- Tác dụng trên tuỷ sống: gây suy yếu phản xạ tuỷ.

b. Tác dụng phụ

Có thể gây nên:

- Nôn và buồn nôn.
- Ngộ độc morphin hoặc tình trạng thèm thuốc ở người nghiện morphin.

c. Chỉ định và chống chỉ định dùng morphin

- Chỉ định: morphin được sử dụng để điều trị
 - + Giảm đau và an thần, đặc biệt khi người bệnh đau âm ỉ và liên tục.
 - + Ho ra máu.
 - + Phù phổi cấp tính.

- Chống chỉ định: morphin không được dùng trong các trường hợp
 - + Bệnh gan và bệnh thận.
 - + Hen phế quản và rối loạn thông khí.
 - + Hội chứng bụng cấp tính.
 - + Chấn thương sọ não.

d. Liều lượng sử dụng: tiêm dưới da morphin clohydrat với liều lượng 0,01g - 0,03g mỗi lần trong 24 giờ.

2. Các dẫn xuất bán tổng hợp của thuốc phiện

a. Sedol: sedol dưới dạng ống tiêm 1ml. Thành phần bao gồm: 0,006g morphin clohydrat và 0,002g seopolamin.

Sedol được dùng làm thuốc tiền gây mê.

b. Pantopon

Pantopon chứa tất cả các alcaloid của thuốc phiện dưới dạng clohydrat.

Dùng liều lượng 0,01g - 0,04g trong 24 giờ.

c. Spasmalgin

Spasmalgin dưới dạng thuốc đạn và ống tiêm. Thành phần bao gồm: 0,01g pantopon, 0,02g papavein và 0,001g atrinal.

d. Các phối hợp khác

Bao gồm:

- Codein: chữa khó thở hay triệu chứng ho dai dẳng.
- Papaverin: chữa co thắt các tạng.
- Neostigmin: thuốc làm giảm đau.

e. Homopavin: homopavin là phức hệ alcaloid lấy từ cây thuốc phiện Pháp. Liều lượng: mỗi ml dung dịch 2% tương ứng với 0,01g morphin.

3. Các thuốc giảm đau (các thể dược của morphin)

Các thuốc giảm đau liệt kê dưới đây có nguy cơ gây quen thuốc và nghiện thuốc giống như morphin.

a. *Pethidin hay meperidin* (dolantin, dolosal, demerol)

Pethidin là dẫn xuất của piperidin.

- Tác dụng:

- + Giảm đau trung ương.
- + Kim giao cảm (giãn đồng tử).
- + Chống co thắt (do papaverin)
- + Pethidin còn tác dụng ức chế tử cung và là thuốc giảm đau trong sản khoa.

- Pethidin có chỉ định sử dụng như morphin.

- Liều lượng: uống 0,025g x 2 - 4 lần/24h hoặc tiêm bắp thịt 0,05g - 0,10g.

b. *Isodiansyl ethanolamin (evadol)*: là dẫn xuất của diphenylethylamin.

Tác dụng:

- Làm giảm đau trung ương.
- Chống co thắt.

Liều lượng: tiêm bắp hoặc tiêm dưới da 0,02g - 0,08g/24h.

c. *Amidon (dolophin, methadon)*

Amidon là dẫn xuất của heptanon, có tác dụng giống như tác dụng của morphin, nhưng làm rõ rệt các cơ trơn.

Liều lượng: tiêm dưới da 0,0025g - 0,010g/24h.

d. *Pyrrolamidol (palfium)*

Pyrrolamidol có tác dụng giảm đau trung ương rất mạnh.

Liều lượng: uống xa bữa ăn 0,005g x 1 - 3 viên/lần. Chỉ được uống lại sau 4 giờ.

Không tiêm tĩnh mạch vì có thể gây tai biến hô hấp.

NHIỄM ĐỘC COCAIN VÀ CÁC THUỐC TÈ DẪN XUẤT CỦA COCAIN

1. Nhiễm độc cấp tính cocain

a. Liều lượng gây tử vong

Thay đổi tùy theo cơ thể mỗi người.

Đối với người nghiện morphin, liều lượng có thể chịu đựng được tới 3g.

b. Triệu chứng

- Rối loạn tâm thần: vật vã, mê sảng, kích thích tình dục.
- Cường giao cảm: nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, giãn đồng tử, sốt, vã mồ hôi.
- Có thể xuất hiện cơn động kinh.

c. Điều trị

- Nhiễm độc do uống cocain:
 - + Rửa dạ dày.
 - + Dùng thuốc tẩy.
- Trường hợp hôn mê:
 - + Dùng thuốc trợ sức.
 - + Liệu pháp oxy.

- + Hỗ trợ hô hấp trong trường hợp nhiễm độc nặng.
- + Tiêm truyền glucose.
- Trường hợp kích thích: dùng loại thuốc barbituric (phenobarbital, cloral...)

2. Nhiễm độc mạn tính

Nhiễm độc mạn tính xảy ra khi thuốc cocain được hít hoặc uống tới liều lượng 3g một ngày. Đối với người nghiện, đường tiêm tĩnh mạch cũng được sử dụng.

Thuốc morphin làm tăng mức dung nạp thuốc cocain. Nghiện morphin và nghiện cocain có thể kết hợp với nhau.

a. Triệu chứng

Nhiễm độc mạn tính cocain có các dấu hiệu:

- Kích động, lo lắng, trạng thái thao cuồng.
- Cuồng dâm ở phụ nữ.
- Run, dị cảm, có ảo giác thị giác.
- Có thể có hành vi phạm pháp.

b. Điều trị

Cần được điều trị trong một bệnh viện chuyên khoa.

3. Phản ứng tăng cảm thụ của cocain, procain và các thuốc tê dẫn xuất của cocain

Khi bôi đơn thuần cocain hoặc một trong những dẫn xuất của nó vào niêm mạc có thể gây phản ứng tăng cảm thụ rất nặng.

Phản ứng tăng cảm thụ có thể biểu hiện ra dưới hai thể lâm sàng là: kích thích hệ thần kinh, truy tìm mạch và hô hấp.

a. Kích thích hệ thần kinh

Bao gồm các dấu hiệu:

- Run cơ.
- Co giật.
- Hôn mê.

b. Truy tìm mạch và hô hấp

Có các dấu hiệu:

- Cảm giác khó chịu
- Trạng thái sốc.
- Mạch nhẹ.
- Suy hô hấp.
- Giảm huyết áp.

c. Điều trị

- Rửa chỗ niêm mạc có bôi thuốc, đặt một ga rô vào chi vừa bị tiêm thuốc tê cùng lúc với bôi thuốc cocaine, chườm đá lên điểm tiêm.
- Điều trị co giật:
 - + Dùng barbituric: có tác dụng nhanh.
 - + Dùng suxamethonium với liều lượng trung bình.
 - + Phối hợp với hô hấp hỗ trợ cho tới khi thuốc tê hết tác dụng.
- Điều trị truy tìm mạch và hô hấp:
 - + Liệu pháp hô hấp hỗ trợ.
 - + Điều trị sốc: truyền máu hoặc truyền dextran.

- + Dùng thuốc tăng huyết áp: adrenalin 0,5mg - 1mg tiêm bắp thịt.
- + Tiêm tĩnh mạch corticoid.

NHIỄM ĐỘC THỨC ĂN

Nhiễm độc thức ăn có thể do hai nguyên nhân:

- Do nấm độc.
- Do vi khuẩn.

1. Nhiễm độc thức ăn do nấm độc

Nhiễm độc thức ăn do nấm độc có thể gây nên một trong các hội chứng sau đây:

- Hội chứng viêm dạ dày - ruột.
- Hội chứng phalloid.
- Hội chứng muscarin.
- Hội chứng pantherin.
- Hội chứng kiểu nhiễm độc asen cấp tính.
- Hội chứng tiêu huyết.

a. Hội chứng viêm dạ dày - ruột

- Nguyên nhân gây bệnh: do các loại nấm
 - + Loại nấm ăn được nhưng quá già hoặc nấm đun lại đôi khi có thể trở nên độc.
 - + Nấm Entolom Livid và Bolet de satan.
 - + Một số nấm sữa lactarius và Russula.

- Thời gian tiềm tàng: thời gian tiềm tàng từ 1 giờ đến 3 giờ.
- Triệu chứng: có những dấu hiệu của viêm dạ dày - ruột cấp tính.

- Điều trị:

- + Dùng thuốc gây nôn, than hoạt.
- + Đối với trường hợp nặng: tiêm truyền tĩnh mạch huyết thanh sinh lý.

b. Hội chứng tiêu huyết

- Hội chứng tiêu huyết gây ra do các nấm đĩa *Helvella* và *Gyromitro*.
- Các rối loạn xảy ra khoảng 5 giờ - 10 giờ sau khi ăn nấm loại này.
- Các dấu hiệu lâm sàng khi bị ngộ độc:
 - + Nôn mửa.
 - + Tiêu chảy.
 - + Vàng da tiêu huyết.
- Điều trị:
 - + Hiệu chỉnh các rối loạn cân bằng nước và chất điện phân (Na, K...)
 - + Truyền máu.

c. Hội chứng phalloid

- Nguyên nhân gây bệnh: do nấm *Amanit phalloid*. Những nấm này mọc về mùa hè và mùa thu.
- Thời gian tiềm tàng: thời gian tiềm tàng là 10 - 12 giờ sau khi ăn phải loại nấm này.

Nhiễm độc do nấm này là nhiễm độc nặng nhất.

- Triệu chứng: bao gồm các dấu hiệu
 - + Viêm dạ dày - ruột dữ dội.
 - + Triệu chứng của mất nước nặng.
 - + Rối loạn chất điện phân Na, K, Mg
 - + Viêm gan nhiễm độc xuất hiện sau vài ngày.
- Điều trị:
 - + Chống mất nước và rối loạn chất điện phân: dùng dung dịch NaCl và glucose đẳng trương.
 - + Dùng huyết thanh kháng phalloid.
 - + Dùng thuốc trợ lực, giảm đau và thuốc an thần.
 - + Điều trị viêm gan và teo gan vàng da cấp tính.

d. Hội chứng muscarin

- Nguyên nhân gây bệnh: do các nấm thuộc loại *Inocybe* và *Clitoybe*.
- Thời gian tiềm tàng: thời gian nhiễm độc tiềm tàng là 1 - 2 giờ sau khi ăn phải loại nấm này.
- Triệu chứng: có dấu hiệu kích thích mạnh dây thần kinh phế vị.
 - + Vã nhiều mồ hôi, tăng tiết nước bọt.
 - + Rối loạn điều tiết và co nhẹ đồng tử.
 - + Nhịp tim chậm và huyết áp hạ.
- Điều trị:
 - + Dùng atropin 0,5mg - 1mg tiêm dưới da. Có thể tiêm dưới da lần thứ hai sau 60 phút.
 - + Dùng thuốc gây nôn và thuốc tẩy.
 - + Dùng thuốc trợ sức và dung dịch NaCl đẳng trương.

e. Hội chứng phatherin

- Nguyên nhân gây bệnh: do nấm Amanit muscaria (nấm trứng gà đại hồng nhung).
- Thời gian tiềm tàng: thời gian nhiễm độc tiềm tàng là 1 giờ - 2 giờ sau khi ăn phải nấm này.
- Triệu chứng: bao gồm dấu hiệu
 - + Viêm dạ dày - ruột.
 - + Có bệnh cảnh của nhiễm độc atropin: biểu hiện trên lâm sàng qua các triệu chứng sau đây
 - Ngừng tiết nước bọt, nước mắt, dịch tiêu hoá, dịch phế quản và mồ hôi.
 - Nhức đầu.
 - Có trạng thái nhiễm độc: cử động hỗn loạn.
 - Hôn mê, co giật.
 - Khát nước dữ dội.
 - Mạch nhanh, huyết áp và thân nhiệt tăng tạm thời.
 - Có thể gây liệt hô hấp.
- Điều trị:
 - + Dùng thuốc gây nôn và thuốc tẩy.
 - + Dùng thuốc an thần.
 - + Tiêm truyền dung dịch NaCl đẳng trương vào tĩnh mạch.
 - + Tiêm tĩnh mạch thuốc calci gluconat.

f. Hội chứng kiểu nhiễm độc arsen cấp tính

- Nguyên nhân gây bệnh: do uống rượu sau khi ăn nấm Coprins.

- Thời gian tiềm tàng: các rối loạn xảy ra vài phút sau khi uống rượu và có thể xuất hiện 3 ngày sau khi ăn nấm.
- Triệu chứng: có các dấu hiệu lâm sàng như các dấu hiệu khi uống rượu
 - + Nhức đầu: cảm xúc thiếu ổn định.
 - + Mạch nhanh và nhịp thở nhanh.
 - + Huyết áp giảm.
- Điều trị: chữa các triệu chứng.

2. Nhiễm độc thức ăn do vi khuẩn

Viêm dạ dày - ruột có thể do các loại vi khuẩn sau đây:

- Tụ cầu khuẩn: tụ cầu khuẩn bắt nguồn từ một người mang mầm bệnh bị nhiễm tụ cầu khuẩn ở da hoặc trong mũi họng.

Thức ăn thường bị lây nhiễm tụ cầu - khuẩn là: bánh ngọt, kem, sữa, thịt chế biến và một số cá hộp.

- + Triệu chứng: các rối loạn xuất hiện trung bình 2 giờ sau khi ăn phải thức ăn bị lây nhiễm. Các dấu hiệu lâm sàng thường gặp:
 - Nôn.
 - Tiêu chảy.
 - Đau bụng dữ dội.
 - Đôi khi có thể gặp trụy tim mạch.
 - Không sốt.
- + Điều trị:
 - Dùng thuốc kháng sinh.
 - Tiếp dung dịch NaCl và glucose qua đường tĩnh mạch.

- Vi khuẩn *Samonella*: mầm bệnh hay gặp nhất là *Samonella typhimurium* và *Samonella enteridis*.

+ Triệu chứng:

- Thời gian ủ bệnh lâu: trung bình từ 12 đến 24 giờ.
- Bệnh kéo dài 2 - 3 ngày biểu hiện qua hội chứng viêm dạ dày - ruột.

+ Chẩn đoán: xét nghiệm vi khuẩn trong phân.

+ Điều trị: dùng kháng sinh loại chloramphenicol.

3. Các mầm bệnh khác

Các loại vi khuẩn như *Proteus*, trực khuẩn *coli*, *Perfringens* xuất hiện trong thịt bị lây nhiễm, có thể gây ra viêm dạ dày - ruột giống như nhiễm độc do tụ cầu khuẩn.

Chương 4

CÁC BỆNH DO TÁC NHÂN VẬT LÝ

SAY NÓNG

1. Thở nhẹ (hay thở được bù)

a. Định nghĩa

Say nóng thở nhẹ là rối loạn các trung tâm điều nhiệt nhưng chúng vẫn tiếp tục hoạt động và vẫn duy trì được nhiệt độ ở dưới các trị số bất thường.

b. Nguyên nhân

Do cơ thể con người ở lâu trong một môi trường rất nóng, nhất là có những gắng sức thể lực.

c. Triệu chứng

Bệnh xuất hiện trong môi trường nóng nhưng có nhiệt độ tương đối ít tăng do ẩm ướt, bao gồm các triệu chứng:

- Đánh trống ngực.
- Nhịp tim nhanh.
- Huyết áp hạ rõ rệt.

d. Tiên lượng: tốt

e. Điều trị

- Đặt người bệnh vào nơi mát mẻ.
- Cho uống nhiều nước muối loãng.
- Tiêm truyền dung dịch NaCl đẳng trương trong trường hợp người bệnh buồn nôn hay nôn mửa.

2. Thể nặng (hay thể mất bù)

a. Định nghĩa

Say nóng thể mất bù là những rối loạn hoàn toàn các trung tâm điều nhiệt.

b. Nguyên nhân

Do cơ thể người bệnh ở lâu trong một môi trường nóng và ẩm, nhất là đối với người trên 40 tuổi.

c. Triệu chứng

Khởi đầu cấp tính, có các dấu hiệu lâm sàng như sau:

- Suy yếu.
- Nhức đầu.
- Trạng thái sững sờ.
- Da khô, nóng mặt đỏ.
- Mạch nhanh và tiếng tim đập vang dội.
- Thân nhiệt cao, có thể tăng trên 40°C .
- Buồn nôn và nôn mửa.

Nếu người bệnh không được chăm sóc thì có thể bị hôn mê và có trạng thái sốc: mặt tái nhợt và áp lực động mạch giảm.

d. Tiên lượng

- Tiên lượng xấu ở người cao tuổi hoặc có rối loạn tim mạch.
- Có thể gây nên các ổ xuất huyết nhỏ ở não.

e. Chẩn đoán xác định

Xác định bệnh bằng cách dựa vào các dấu hiệu lâm sàng:

- Tiền sử bệnh.

- Nhiệt độ cơ thể cao.
- Da khô.

g. Điều trị

Cần làm hạ thân nhiệt nhanh chóng bằng các biện pháp:

- Tắm ngâm nước đá tới khi nhiệt độ hạ xuống 38°C.
- Sau đó, đặt người bệnh vào chỗ mát, xoa bóp chân tay.
- Hô hấp hỗ trợ với oxy.
- Dùng digitalin liều cao đối với trường hợp có bệnh tim, phù phổi.
- Tiêm truyền tĩnh mạch glucose trong trường hợp giảm glucose huyết.

Chú ý: không nên tiêm truyền dung dịch NaCl khi người bệnh còn tăng thân nhiệt.

CHUỘT RÚT

1. Định nghĩa

Chuột rút là hội chứng co rút và đau đớn các cơ vân ở hai chi dưới, xảy ra ở những người hoạt động xương cơ trong chỗ nóng.

2. Nguyên nhân

Nguyên nhân do cơ thể ra nhiều mồ hôi gây hậu quả mất natri clorua (NaCl) quá mức. Người ta còn đề cập đến hậu quả của viêm nhiều dây thần kinh.

3. Triệu chứng

Bệnh biểu hiện bằng các dấu hiệu lâm sàng như sau:

- Co rút các cơ vân (các bắp thịt).
- Đau.
- Có xuất hiện các cơn đau kịch phát.
- Một số trường hợp có tăng acid uric máu.

4. Điều trị:

Uống natri clorua (NaCl), dùng thuốc an thần nhẹ và quinidin để giảm bớt triệu chứng.

NHIỄM LẠNH

Nhiễm lạnh có thể gây ra nhiều trạng thái bệnh lý khác nhau:

- Tăng cảm thụ: do nhạy cảm, phản ứng với lạnh được thể hiện qua các dấu hiệu sau

- Hen.
- Nổi mào đay do dị ứng.
- Co thắt mạch.
- Ngất.
- Cóng: do ngâm chân dưới nước.
- Cơ thể ở lâu trong lạnh gây nhiễm lạnh: sự nhiễm lạnh kéo dài của cơ thể với thân nhiệt dưới $+ 25^{\circ}\text{C}$ có thể gây tử vong.

Nhiễm lạnh làm giảm sự hoạt động thể lực và tâm thần, biểu hiện bằng các dấu hiệu lâm sàng như sau:

- + Mạch và nhịp thở chậm lại.
- + Hôn mê.
- Hội chứng hemoglobin niệu kích phát do lạnh: sự tiếp xúc với lạnh gây ra hiện tượng tiêu huyết do sự cô đặc của một yếu tố có tên là tự tiêu huyết tố (autoheolysin).

BỆNH DO CHUYỂN VẬN

(say tàu xe)

Bệnh do chuyển vận còn được gọi là bệnh do chuyển động hoặc say tàu xe.

1. Định nghĩa

Bệnh do chuyển vận là hiện tượng buồn nôn và nôn mửa gây ra bởi các phương thức chuyển vận (như: ô tô, xe lửa, máy bay, tàu thủy...).

2. Nguyên nhân

Bệnh xảy ra do các nguyên nhân:

- Kích thích bộ máy tiền đình do tốc độ vận chuyển tăng và giảm liên tiếp.
- Bộ máy đá - nhĩ cảm thụ chủ yếu với các chuyển động thẳng đứng và phẳng ngang: gặp khi say máy bay.
- Các ống bán khuyên cảm thụ chủ yếu với các chuyển động có góc: gặp khi say sóng.
- Các yếu tố tâm thần (lo lắng), các kích thích thị giác và tri giác vận động.

3. Triệu chứng

- Có cảm giác khó chịu: ngứa gãi.
- Có cảm giác không an toàn:
 - + Chóng mặt.
 - + Tăng tiết nước bọt.
 - + Ra mồ hôi.
 - + Buồn nôn hoặc nôn mửa.
 - + Mạch nhanh.
 - + Đau dạ dày.
 - + Trạng thái lả.

4. Tai biến

Có thể gây nên:

- Tình thụ cảm bất định: trẻ em từ 3 đến 10 tuổi và phụ nữ có thai đặc biệt nhạy cảm.
- Sự thích nghi đóng một vai trò quan trọng.

5. Dự phòng và điều trị

- Đặt người bệnh nằm ngửa mình, đầu ngửa ra sau; khuyên người bệnh nên tập trung nhìn vào một điểm.
- Dùng atropin kết hợp với barbituric (phenobarbital).
- Các kháng histamin: zyrtec, cinarizin...
- Dùng hyoscin (hay scopolamin bromhydrat với liều lượng 0,1mg/24h. Có thể phối hợp với phenobarbital để tăng cường tác dụng của nó.

Chương 5

CÁC BỆNH MẠCH MÁU NGOẠI VI

CÓNG LẠNH

1. Nguyên nhân

Do các nguyên nhân:

- Sự tiếp xúc của các đầu chi với nhiệt độ dưới 10°C.
- Độ cao (do thiếu oxy ở tế bào).
- Quần áo quá chật.
- Thiếu máu.
- Rối loạn tim mạch.

2. Triệu chứng

- Giai đoạn đầu: nhợt nhạt và có mầu đỏ nhẹ ở vị trí bị cónl lạnh.
- Giai đoạn nặng: nơi bị cónl lạnh có dấu hiệu phù và những nốt phỏng nước.
- Giai đoạn cuối cùng: loét và hoại thư nơi bị cónl lạnh.
- Các dấu hiệu kèm theo:
 - + Người bệnh bị dị cảm.
 - + Đau tại chỗ, đôi khi dấu hiệu đau dữ dội khi vùng bị cónl lạnh được sưởi ấm.

3. Điều trị

- Duy trì một nhiệt độ thấp ở nơi bị cồng lạnh. Không được xoa bóp, không được chà xát.
- Dùng thuốc chống đông trong các thể nặng.
- Dùng thuốc kháng sinh khi có nhiễm khuẩn.

CƯỚC

Cước còn được gọi là ban đỏ cước, thường gặp ở phụ nữ nhiều hơn nam giới.

1. Nguyên nhân

Tăng cảm thụ với lạnh (có thể do thể tạng).

2. Triệu chứng

Các dấu hiệu lâm sàng xuất hiện vào đầu mùa đông, thể hiện ở bàn tay bàn chân và tai.

Những hòn đỏ, nóng và ngứa trong thời gian đầu, sau đó, chuyển màu tím nhạt.

Có thể hình thành những nốt phỏng nước và có thể loét.

3. Điều trị

- Điều trị tại chỗ: chà xát bằng cồn long não, bôi thuốc mỡ có thành phần chủ yếu là dầu gan cá thu.
- Điều trị toàn thân: dùng vitamin A và vitamin PP.

CHỨNG ĐỎ ĐẦU CHI

Chứng đỏ đầu chi còn được gọi là bệnh Weir - Michell (năm 1872).

1. Định nghĩa

Chứng đỏ đầu chi là bệnh có những cơn đau, giãn mạch các đầu chi kịch phát.

2. Nguyên nhân: chưa được biết rõ.

3. Triệu chứng

Có dấu hiệu lâm sàng:

- Đau từng cơn: cơn đau được khởi phát bởi sức nóng và gắng sức. Thường dấu hiệu đau được thể hiện như một cảm giác bỏng ở bàn chân và bàn tay. Có thể gặp cảm giác bỏng ở toàn chi.
- Bàn tay hoặc bàn chân đỏ lên hay tím nhạt, nóng và ẩm ướt trong cơn đau.
- Mạch nảy mạnh.

4. Điều trị

Chủ yếu là chữa triệu chứng.

- Dùng thuốc giảm đau.
- Sức lạnh.

GIÃN TĨNH MẠCH

1. Định nghĩa

Bệnh giãn tĩnh mạch là sự giãn nở không đều của một tĩnh mạch, thường gặp ở các tĩnh mạch nông của cẳng chân.

2. Hoàn cảnh xuất hiện

Bệnh giãn tĩnh mạch thường gặp nhiều ở phụ nữ.

3. Nguyên nhân

Do các nguyên nhân sau đây:

- Dị dạng bẩm sinh của hệ tĩnh mạch có kèm theo hiện tượng tăng đường kính tĩnh mạch một cách thứ phát.
- Giãn tĩnh mạch thứ phát sau tư thế đứng lâu.
- Chướng ngại vật cản trở sự lưu thông tĩnh mạch do thai nghén, khối u ổ bụng, nước trong ổ màng bụng, nghẽn mạch trong nội tạng.

4. Triệu chứng

- Mệt nhọc có kèm theo cảm giác nặng nề ở trong cẳng chân.
- Nhìn thấy những búi tĩnh mạch bị giãn có kèm theo tăng nhiệt độ của chi dưới. Có thể kèm theo hư biến ngoài da như: da dày lên và teo, xanh tím, da nhiễm sắc tố, phản ứng eczema.
- Có hiện tượng phù chi dưới.

5. Biến chứng

- Loét giãn tĩnh mạch: có những vết loét ở cẳng chân.
- Viêm tĩnh mạch: hay gặp nhưng ít gây ra tắc mạch.
- Võ tĩnh mạch ở dưới da: biến chứng này thường nhẹ.

6. Điều trị

- Mang một băng ép ở nơi giãn tĩnh mạch

– Dùng liệu pháp gây xơ cứng: tiêm tĩnh mạch 1 - 5ml hỗn dịch gây xơ cứng với nhiều biệt dược. Lấy mốc tĩnh mạch ở tư thế đứng.

Chú ý: không dùng liệu pháp gây xơ cứng khi người bệnh bị viêm nghẽn tĩnh mạch cấp tính, suy động mạch mạn tính; các bệnh nhiễm khuẩn, suy tim, tiểu đường.

- Điều trị phẫu thuật
 - + Cắt bỏ các búi giãn tĩnh mạch.
 - + Cắt bỏ quai mạch.

LOÉT GIÃN TĨNH MẠCH

Vết loét ít nhiều sâu của cẳng chân, thường do suy tĩnh mạch mạn tính.

Thường gặp bệnh loét giãn tĩnh mạch ở phụ nữ sau tuổi 30.

1. Nguyên nhân

Tăng áp lực tĩnh mạch mạn tính có nguyên nhân hay gặp nhất là suy tĩnh mạch mạn tính thứ phát sau viêm nghẽn tĩnh mạch hoặc giãn tĩnh mạch.

2. Triệu chứng

Tư thế đứng lâu trong một số nghề nghiệp có thể gây ra một vết loét ở chân mà không có tổn thương ở hệ tĩnh mạch.

a. Tiền triệu

- Teo da: da trở nên mỏng, nhẵn, bóng, khô, không còn lông.
- Viêm giãn mao mạch.
- Viêm mao mạch ban xuất huyết: có sự hợp nhất những tiểu tĩnh mạch giãn phình gây nên những mảng tím nhạt dưới da.

- Viêm da màu vàng đất: gặp trong giai đoạn tiến triển nặng của viêm mao mạch với đặc điểm là những căn hemosiderin lắng đọng trong mô (tổ chức) dưới da.
- Phù: xuất hiện ở vùng mắt cá.
- Viêm hạ bì xơ cứng: xuất hiện một giải xơ hoá của các mô dưới da và có tác dụng cố định da vào các lớp sâu.

b. Giai đoạn loét

Vết loét xảy ra do: nhiễm khuẩn da thông thường, nghẽn một tiểu tĩnh mạch giãn phình.

Vị trí thường gặp của vết loét là phần dưới cẳng chân và ở mặt trong thuộc vùng lằn cận của mắt cá trong.

c. Giai đoạn nhiễm khuẩn

Nhiễm khuẩn lan rộng ra từ đáy và từ bờ của vết loét. Nhiễm khuẩn lan rộng ra bằng viêm sùi tĩnh mạch mạn tính và đôi khi bằng viêm bạch mạch mạn tính.

3. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

- Mảng mục do thiếu máu cục bộ: thường bắt đầu ở các ngón chân, ở gót hay ở mặt trước cẳng chân sau một chấn thương.
- Loét do trực khuẩn lao: loét lao có thể khu trú ở chi dưới và nhiều khi đối xứng.

4. Điều trị

- Điều trị phù: nâng cao hai chân.
- Điều trị vết loét:
 - + Khử trùng: ngâm hoặc dùng gạc ướt thấm dung dịch kali permanganat có tỷ lệ 1/5.000

- + Dùng thuốc kháng sinh.
- Điều trị để thành sẹo:
 - + Giữ vết loét: khi vết loét đã được khử trùng và không đau, người ta tìm cách làm cho bớt phù bằng cách băng ép nơi loét giãn tĩnh mạch.
 - + Điều trị nụ lõi: trong trường hợp mọc nụ lõi, ta có thể chấm bút chì bạc nitrat.
 - + Trong trường hợp vết loét trơ: nạo nhẹ nhàng đáy vết loét, dùng thuốc mỡ dầu gan cá thu để bôi.
 - + Xoa bóp và lý liệu pháp: được chỉ định sau khi đã hết các hiện tượng viêm cấp tính hay viêm bán cấp.
 - + Điều trị áp lực tĩnh mạch: được chỉ định khi không có biểu hiện viêm hoặc viêm nghẽn tĩnh mạch.

XANH TÍM ĐẦU CHI

Chứng xanh tím đầu chi còn được gọi là bệnh Crocq - Cassirer (hay hội chứng Crocq - Cassirer).

1. Định nghĩa

Chứng xanh tím đầu chi là hiện tượng xanh tím thường xuyên, đối xứng ở hai bàn tay và đôi khi ở hai cẳng chân.

2. Hoàn cảnh xuất hiện

Bệnh gặp nhiều ở thiếu nữ.

3. Nguyên nhân

- Co thắt các động mạch nhỏ kèm theo giãn các tĩnh mạch nhỏ cùng với hiện tượng tăng áp lực tĩnh mạch địa phương.

- Rối loạn thần kinh thực vật (sinh thực) và nội tiết.

4. Triệu chứng

- Xanh tím các đầu chi, thường chỉ lên tới cổ tay và hai mắt cá.
- Hai bàn tay lạnh và ướt.

Chứng xanh tím tăng lên khi lạnh và giảm bớt khi nóng.

5. Điều trị

Bệnh nhẹ, không cần điều trị.

VIÊM TĨNH MẠCH

1. Định nghĩa

- Nghẽn tĩnh mạch là sự hình thành một cục máu đông ở trong một tĩnh mạch.
- Viêm tĩnh mạch là hiện tượng viêm của một tĩnh mạch.
- Trong thực tế, nghẽn tĩnh mạch bao giờ cũng kết thúc bằng viêm tĩnh mạch và viêm tĩnh mạch sẽ gây ra nghẽn mạch.

2. Nguyên nhân

Các nguyên nhân có thể gặp là:

- Ứ tĩnh mạch: ứ tĩnh mạch do
 - + Suy tim.
 - + Nghỉ ngơi tuyệt đối kéo dài ở trên giường.

- + Chèn ép: gặp trong trường hợp tử cung có thai, nước màng bụng, khối u.
- Các bệnh gây suy mòn: các bệnh gây suy mòn và đặc biệt là bệnh ung thư dọn đường cho nghẽn tĩnh mạch đôi khi do sự xâm lấn trực tiếp vào tĩnh mạch.
- Các bệnh tĩnh mạch: phình tĩnh mạch.
- Các bệnh máu: gặp trong bệnh tăng hồng cầu, bệnh thiếu máu nặng, bệnh bạch cầu.
- Các bệnh mưng mủ: mưng mủ trong ổ bụng (gặp trong bệnh viêm tĩnh mạch cửa), mưng mủ ở mắt và trong viêm xương chũm (gặp trong viêm nghẽn nhiễm trùng tĩnh mạch cảnh trong).

3. Triệu chứng

a. Thời kỳ bắt đầu

- Triệu chứng toàn thân:
 - + Cảm giác khó chịu, lo âu.
 - + Mạch nhanh dần.
 - + Nhiệt độ tăng nhẹ.
 - + Nhịp thở có thể nhanh.
- Đau: có cảm giác kiến bò và nặng nề hoặc có dấu hiệu chuột rút ở bắp cẳng chân hay ở gót chân.

Khi bóp bắp cẳng chân hoặc gót chân và khi gấp bàn chân về phía mu thì xuất hiện dấu hiệu đau và bị giới hạn.

- Trường hợp các tĩnh mạch nông bị viêm nghẽn, ta thấy bàn chân bị xanh tím. Trường hợp nghẽn tĩnh mạch sâu, ta thấy chi (tay hoặc chân) mắc bệnh bị nhợt nhạt hơn là chi lành.

- Nóng: gặp trong trường hợp nghẽn mạch nóng, chỉ mắc bệnh nóng hơn chỉ lạnh.
- Phù: chu vi bắp cẳng bị bệnh to hơn chu vi bên lành.

b. Thời kỳ toàn phát

- Đau: khu trú ở bắp cẳng, hõm khoeo hoặc bẹn; có thể đau toả lan ở toàn bộ chi dưới.
- Phù: có dấu hiệu phù ở mắt cá chân, bắp cẳng hoặc đùi.
- Trần dịch khớp gối: thường đi kèm viêm tĩnh mạch.
- Hạch nổi ở bẹn.

4. Tiến triển

- Bệnh khởi dần: đau là dấu hiệu mất đi trước tiên, sau đó dấu hiệu phù tiêu hết.

- Di chứng:

Có thể gặp:

- + Phù: phù mềm và không đau, có thể dấu hiệu phù lan rộng có kèm theo các rối loạn da (như da teo, da nhiễm sắc, eczema ngoài da).
- + Giãn tĩnh mạch sau viêm tĩnh mạch.
- + Đau.
- + Rối loạn dinh dưỡng: có thể gặp teo da, loét, teo cơ, loãng xương.
- + Tai biến nhiễm trùng: viêm bạch mạch, viêm tấy do viêm tĩnh mạch.

5. Biến chứng

Thường gặp tắc mạch và nhồi máu phổi. Tắc mạch phổi là một biến chứng sớm của viêm nghẽn tĩnh mạch.

6. Chẩn đoán

a. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng:

- Đau bắp cẳng ở người bệnh nằm liệt giường.
- Phù ở chi.
- Tăng nhiệt độ ở nơi bị tắc tĩnh mạch.
- Dấu hiệu toàn thân như: khó chịu, lo âu, sốt nhẹ, tim đập nhanh.

b. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Tắc động mạch cấp tính: có các dấu hiệu lâm sàng như sau
 - + Các tĩnh mạch bị xẹp.
 - + Các động mạch không đập hoặc đập yếu.
 - + Nhiệt độ của da bị giảm.
 - + Không có phù.
- Viêm bạch mạch:
 - + Có dấu hiệu toàn thân: rét run, sốt cao.
 - + Có dấu hiệu đỏ và nóng ở chi mắc bệnh (khác với viêm nghẽn tĩnh mạch là chi tái nhợt và xanh tím).

7. Điều trị

- Nghỉ tuyệt đối trên giường: nâng cao chân giường, quần gạc ẩm và làm cho đỡ đau.
- Dùng thuốc chống đông: coumarin hoặc heparin.

- Vận động sớm: có các động tác chủ động ở trên giường 24 giờ sau khi bắt đầu điều trị bằng các thứ thuốc chống đông. Để bệnh nhân đi lại có mang băng ép ngay sau khi hết đau và 24 giờ sau khi hạ nhiệt độ ở da của chi.

8. Phòng bệnh

- Không nên lạm dụng sự nghỉ ngơi tuyệt đối.
- Cần thực hiện các biện pháp:
 - + Để bệnh nhân ngồi dậy sớm.
 - + Dùng các biện pháp điều trị giãn tĩnh mạch và các nguyên nhân thuận lợi gây nghẽn tĩnh mạch như thiếu máu, nhiễm trùng, mất nước, suy tim.

VIÊM BẠCH MẠCH

1. Định nghĩa

Viêm bạch mạch là viêm cấp tính hay mạn tính các mạch bạch huyết.

2. Nguyên nhân

a. Viêm bạch mạch nguyên phát

Xuất hiện tự nhiên và không có liên quan với tất cả các nguyên nhân tại chỗ hay toàn thân.

b. Viêm bạch mạch thứ phát

- Nguyên nhân tại chỗ: chấn thương, bỏng, áp xe, nhọt, nấm da.
- Nguyên nhân toàn thân: bệnh nhiễm khuẩn nặng (như viêm phổi, bệnh thương hàn), bệnh ký sinh trùng (chủ yếu là bệnh sốt rét, bệnh do giun chỉ).

- Nguyên nhân vi khuẩn: liên cầu khuẩn gây viêm bạch mạch.

3. Triệu chứng

a. Thể cấp tính

Các dấu hiệu lâm sàng của viêm bạch mạch lan rộng là:

- Triệu chứng toàn thân: sốt, rét run.
- Triệu chứng tại chỗ:
 - + Phù, viêm.
 - + Bạch mạch to và đau.

b. Thể mạn tính

Là hậu quả của viêm bạch mạch cấp tính tái phát.

4. Chẩn đoán phân biệt

Dựa vào dấu hiệu phù tại chỗ để chẩn đoán phân biệt bệnh bạch mạch với các bệnh sau đây:

- Phù do nguyên nhân toàn thân: gặp trong các bệnh tim, bệnh thận, bệnh do giảm protein máu.
- Phù do viêm nghẽn tĩnh mạch cấp tính: dấu hiệu phù có kèm theo những bệnh hạch quan trọng (trong bệnh viêm tĩnh mạch không có dấu hiệu của những bệnh hạch).
- Phù do suy tĩnh mạch mạn tính: có dấu hiệu da bị teo (còn trong viêm bạch mạch có dấu hiệu da thường dày lên).
- Chứng đỏ tím cẳng chân: có đặc điểm
 - + Phù mắt cá chân, đối xứng 2 bên.
 - + Đau: đau nhẹ bàn chân
 - + Xanh tím đầu chi.

Bệnh này xảy ra chủ yếu ở phụ nữ.

5. Điều trị

- Thể cấp tính: dùng thuốc kháng sinh.
- Thể mạn tính:
 - + Điều trị triệu chứng phù: dùng băng hay bó tất chun.
 - + Sử dụng chế độ ăn hạn chế muối, dùng lợi niệu đường uống (thiazides).
 - + Nâng cao chân giường khi người bệnh nằm ngủ.

VIÊM NGHẼN TẮC MẠCH

Bệnh viêm nghẽn tắc mạch còn gọi là bệnh Buerger (năm 1908), thường xảy ra ở người trẻ tuổi và nghiện thuốc lá nặng.

1. Định nghĩa

Bệnh viêm nghẽn tắc mạch có đặc điểm là viêm tắc toàn hệ mạch cấp tính, tiến triển bằng những ổ nối tiếp.

2. Nguyên nhân

Chưa biết rõ.

Bệnh thường bắt đầu từ các thân mạch trung bình như mạch quay, mạch trụ, mạch chầy sau hoặc trước. Các tĩnh mạch thường ít bị tổn thương hơn các động mạch.

3. Triệu chứng:

Gặp tổn thương ở hai chi dưới nhiều hơn.

- Các dấu hiệu lâm sàng:
 - + Có cảm giác kiến bò, tê, tăng cảm thụ với lạnh.
 - + Có hội chứng Raynaud: tái, xanh tím.

- + Đau: đau khắp khiêng giãn cách với đặc điểm
 - Đau bắp chân xảy ra sau một cuộc đi bộ lâu và dấu hiệu đau mất đi sau khi người bệnh dừng lại và nghỉ.
 - Có thể gặp dấu hiệu khắp khiêng giãn cách (hay còn gọi là khắp khiêng cách hồi) ở móng.
 - Đau ở thể nằm của người bệnh, đó là dấu hiệu của giai đoạn tiến triển nặng của bệnh. Đau giảm bớt ở tư thế thấp.
- + Viêm nghẽn tĩnh mạch: thường gặp viêm nghẽn tĩnh mạch có trước tổn thương ở động mạch.
- + Tổn thương mạch máu ở nội tạng: có thể gặp tổn thương ở các động mạch não (ngập máu não) hoặc ở các động mạch vành (đau thắt ngực).
- *Ở thời kỳ toàn phát*: có những đợt tắc động mạch cấp tính tiến đến suy động mạch mạn tính.

4. Tiến triển

Bệnh tiến triển thành những đợt nối tiếp nhau.

5. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các dấu hiệu:

- Bệnh xảy ra ở người nghiện thuốc lá nặng.
- Có triệu chứng khắp khiêng cách hồi và đau khi nằm.
- Có hư biến thiếu máu cục bộ và dinh dưỡng ở da vùng bị tổn thương.
- Có viêm nghẽn tĩnh mạch nông.

6. Chẩn đoán phân biệt

a. Ở giai đoạn bắt đầu của bệnh

Cần phân biệt với các bệnh:

- Đau dây thần kinh hông.
- Viêm nhiều dây thần kinh.
- Thấp khớp.

b. Ở giai đoạn tiến triển: cần phân biệt với các bệnh

- Xơ cứng động mạch:
 - + Đỏ da ở phần thấp.
 - + Hoại thư ở đầu chi do tắc động mạch lớn.
 - + Có thể tăng huyết áp.
 - + Mạch giảm hay không có.
 - + Không có hiện tượng viêm tĩnh mạch.
 - + Tăng cholesterol trong máu.
- Tắc động mạch:
 - + Đau dữ dội và khớp khiêng cách hồi.
 - + Da nhợt và lạnh.
 - + Động mạch không đập ở vị trí của động mạch bị tắc.
- Bệnh Raynaud:
 - + Đỏ da ở phần thấp.
 - + Hoại thư tùy theo vị trí của thân động mạch chảy, động mạch quay, động mạch trụ bị tổn thương.
 - + Thường gặp ở vị trí chi trên.
 - + Dấu hiệu lâm sàng tại chỗ xảy ra ở hai bên đối xứng.

- + Mạch đập ở giữa các cơn.
- + Không tăng huyết áp.

7. Điều trị

Điều trị viêm nghẽn tắc mạch là đơn thuần điều trị triệu chứng.

- Bỏ thuốc lá.
- Dùng thuốc chống đông máu trong các đợt tiến triển.
- Dùng liệu pháp gây sốt trong các thể có kèm hiện tượng co thắt mạch nặng.
- Cắt bỏ dây thần kinh giao cảm.

8. Dự phòng các vết loét

- Tránh lạnh và không tắm nước quá nóng.
- Cắt móng tay móng chân đều đặn và cẩn thận.
- Không cắt chai chân hoặc đắp các chất ăn da.
- Dùng giấy thoải mái và bút tất luôn luôn phải sạch.
- Điều trị ngay bệnh nấm ngoài da nếu có.

PHÌNH ĐỘNG MẠCH Ở CÁC CHI

Phình động mạch ở các chi gồm có các thể bệnh sau đây:

- Xơ cứng động mạch: thường gặp ở chi dưới.
- Chấn thương: gặp nhiều ở chi trên. Vị trí của phình động mạch ở chi thường gặp là:
 - + Hõm khoeo chân.

- + Tam giác Scarpa ở chi dưới (bên).
- + Động mạch dưới đòn.
- + Động mạch cánh tay ở chi trên.

1. Triệu chứng

- Có thể không có triệu chứng lâm sàng.
- Có dấu hiệu đau khi phình động mạch đè ép vào một dây thần kinh.
- Có dấu hiệu suy tĩnh mạch khi phình động mạch đè áp vào một tĩnh mạch.

Có hiện tượng u đập khi sờ vào vị trí động mạch bị phình.

2. Điều trị

Thường không cần điều trị trong các thể xơ cứng động mạch.

PHÌNH ĐỘNG - TĨNH MẠCH

Phình động - tĩnh mạch còn được gọi là phình mạch rối, phình mạch do nối hoặc u mạch rối.

1. Nguyên nhân

- Phình động - tĩnh mạch mắc phải: bệnh xảy ra thứ phát sau chấn thương.
Thường gặp vị trí ở chi trên hay chi dưới.
- Phình động - tĩnh mạch bẩm sinh, vị trí có thể gặp là:
 - + Thân động mạch gây phình động - tĩnh mạch phổi.
 - + Động mạch ở đầu gây xuất huyết dưới màng nhện.

2. Triệu chứng

a. Phình động tĩnh mạch mắc phải

Có các dấu hiệu lâm sàng như sau:

- Trong tiền sử: có chấn thương.
- Đôi khi có dấu hiệu suy tim.
- Dấu hiệu tại chỗ:
 - + Sung huyết tĩnh mạch, giãn tĩnh mạch và phù.
 - + Động mạch đập mạnh và chi nóng ở chỗ phình. Ở dưới thấp thì chi lạnh hơn và có thể thấy một vết loét.

b. Phình động - tĩnh mạch bẩm sinh

Có các dấu hiệu lâm sàng sau:

- Không có chấn thương trong tiền sử.
- Chi mắc bệnh dài hơn chi lành.
- Vùng phình mạch không có tiếng thổi tâm thu - tâm trương khi nghe.

3. Điều trị

- Phình động - tĩnh mạch mắc phải: phẫu thuật.
- Phình động - tĩnh mạch bẩm sinh: không điều trị phẫu thuật được vì có nhiều chỗ thông động - tĩnh mạch.

GIÃN MAO MẠCH XUẤT HUYẾT

Bệnh giãn mao - mạch xuất huyết còn được gọi là bệnh Rendu - Osler.

Bệnh giãn mao mạch xuất huyết là một bệnh bẩm sinh.

1. Định nghĩa

Bệnh giãn mao mạch xuất huyết là dị tật bẩm sinh của các mạch máu có đặc điểm là giãn các mao mạch và các tĩnh - mạch nhỏ của da, niêm mạc.

2. Triệu chứng

- Chảy máu cam khi xuất hiện giãn mao mạch ở mũi ngay lúc còn tuổi trẻ.
- Ở tuổi trưởng thành: giãn tĩnh mạch nhỏ và mao mạch có thể xuất hiện ở lưỡi, môi và mặt hoặc ở đường tiêu hoá, có dấu hiệu xuất huyết.
- Giãn mao mạch của các mạch máu nhỏ ở da là những vết đỏ khoảng 2mm - 4mm do xuất huyết dưới da.

3. Điều trị

- Dùng thuốc rutin với liều lượng 60mg - 300mg/24h hoặc vitamin C.
- Điều trị tại chỗ xuất huyết bằng áp lực hoặc nhiệt đông.
- Truyền máu trong trường hợp xuất huyết nặng.

SUY ĐỘNG MẠCH CẤP TÍNH

1. Nguyên nhân

a. Nghẽn động mạch

Gặp trong các bệnh:

- Xơ cứng tiểu động mạch: xảy ra trong bệnh tiểu đường.

- Viêm thành động mạch: xảy ra trong bệnh viêm nghẽn tắc mạch, bệnh viêm nút quanh động mạch.
- Bệnh nhiễm khuẩn.
- Chấn thương.

b. Tắc động mạch

- Tắc động mạch gốc ở tim: gặp trong bệnh suy tim, nghẽn thành mạch trong nhồi máu cơ tim, hẹp van hai lá.
- Tắc động mạch gốc ở động mạch: gặp trong bệnh nghẽn động mạch, bệnh phình mạch.
- Tắc động mạch gốc ở tĩnh mạch: hiếm gặp. Thường do tắc ngược qua một lỗ thông giữa hai tâm nhĩ.

2. Triệu chứng

Có các dấu hiệu lâm sàng sau:

- Đau: có thể đau dữ dội trong 50% trường hợp.
- Cảm giác tê và khớp khiêng cách hồi.
- Da lạnh.
- Động mạch không đập ở vị trí tắc.
- Giảm cơ lực, giảm phản xạ gân, giảm cảm giác.

3. Tiên lượng

- Tiên lượng dè dặt ở người cao tuổi và tắc thân động mạch lớn.
- Hoại thư: gặp ở người bệnh trên 60 tuổi với tỷ lệ khoảng 70% trường hợp.
- Tắc động mạch cấp tính có thể dẫn đến suy động mạch mạn tính.

4. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng:

- Chỉ mắc bệnh bị yếu, đau và nhợt nhạt.
- Các động mạch bị tắc, không đập.
- Chỉ mắc bệnh giảm các phản xạ.

5. Điều trị

Áp dụng các biện pháp sau đây:

- Hạ thấp chi bị tổn thương để tránh thiếu máu cục bộ.
- Quần bông vùng thiếu máu cục bộ.
- Dùng thuốc chống đông máu: tiêm heparin.
- Dùng thuốc giãn mạch: papaverin, các dẫn xuất của acid nicotinic, các nitrit, benzyloimidazolinum (priscol).
- Dùng thuốc kháng sinh nhằm mục đích dự phòng tình trạng nhiễm khuẩn.
- Chườm nóng ở gốc chi bị tổn thương hoặc trên thân động mạch để gây giãn mạch, không được sưởi ấm vùng thiếu máu cục bộ.
- Điều trị phẫu thuật:
 - + Cắt bỏ cục tắc mạch khi tắc mạch không lâu quá 8 giờ.
 - + Cắt cụt chi trong trường hợp hoại thư.

SUY ĐỘNG MẠCH MẠN TÍNH

1. Nguyên nhân

a. *Xơ cứng động mạch*: xảy ra trong các bệnh tiểu đường, tăng huyết áp, béo phì.

Trong thực tế, xơ cứng động mạch chỉ xảy ra ở chi dưới và ở người cao tuổi.

b. Viêm nghẽn tắc mạch (hay là bệnh Buerger): xảy ra ở người cao tuổi.

2. Triệu chứng

a. Khập khiễng cách hồi

Chuột rút đau xảy ra sau khi đi bộ lâu. Bắt đầu đau ở bắp chân và có thể lan toả ra toàn bộ cẳng chân.

Có thể gặp thể bệnh khập khiễng cách hồi ở móng.

b. Đau ở tư thế nằm: có thể xảy ra trong giờ đầu của giấc ngủ. Đó là dấu hiệu của giai đoạn tiến triển nặng của bệnh.

c. Da nhợt và lạnh: màu nhợt này tăng lên khi nâng cao chi. Ở giai đoạn tiến triển nặng hơn: da bị teo, nhăn bóng và rải rác có những mảng tím nhạt.

d. Mạch không đập ở động mạch bị tắc.

3. Tiến triển

Bệnh tiến triển một thời gian dài và có thể dẫn tới:

- Vùng hoại thư xuất hiện ở móng, ở gót chân hoặc ở mặt gan bàn chân.
- Đau tăng lên.

4. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng sau:

- Khập khiễng cách hồi.
- Mạch không đập hoặc đập yếu ở các động mạch bị tắc.

- Đau ở tư thế nằm.

5. Tiên lượng

Trong thể xơ cứng động mạch, tiên lượng phụ thuộc vào:

- Kích thước của các tổn thương.
- Sự xuất hiện tuần hoàn bàng hệ (có nghĩa là các tĩnh mạch giãn to và xuất hiện rõ ở dưới da) hoặc một chấn thương.
- Tử vong do tai biến mạch máu não hay do nhồi máu cơ tim.

6. Điều trị

- Khi có khập khiễng cách hồi, người bệnh có thể tránh dấu hiệu đau bằng cách đi chậm, dùng chân luôn.
- Cai thuốc lá.
- Tránh lạnh và tránh tắm nước quá nóng.
- Dự phòng loét bằng cách: đi giày thoải mái, bít tất phải luôn luôn sạch, cắt móng tay và móng chân cẩn thận và đều đặn, không cắt chai chân hoặc đắp các chất ăn da.
- Làm giãn mạch bằng các phương pháp:
 - + Gắng sức cơ (tăng lực cơ): đi chậm và nhanh dần dần.
 - + Ngâm móng vào nước nóng.
 - + Nâng cao đầu giường làm tăng mức tưới máu ở hai chi dưới.
 - + Dùng thuốc giãn mạch: acid nicotinic và những dẫn xuất của nó benzylimidazolinum (priscot), các nitrit và papaverin.

- Dùng thuốc kháng sinh khi có hoại thư ướt.
- Phẫu thuật: cắt bỏ cục nghẽn hoặc cắt bỏ đoạn mạch máu bị nghẽn.

BỆNH RAYNAUD (bệnh hoại tử đối xứng ở các đầu chi)

1. Định nghĩa

Bệnh hoại tử đối xứng ở các đầu chi là rối loạn tuần hoàn kịch phát đối xứng, chủ yếu thấy trên bàn tay phụ nữ.

2. Nguyên nhân

- Bệnh Raynaud nguyên phát: thường có rối loạn nội tiết phối hợp.
Co thắt tiểu động mạch có thể là nguyên nhân của bệnh.
- Bệnh Raynaud thứ phát: có thể xảy ra thứ phát sau
 - + Bệnh viêm nghẽn tắc mạch (bệnh Buerger), bệnh xơ cứng động mạch, bệnh tắc động mạch.
 - + Bệnh thiếu máu ác tính.
 - + Bệnh thần kinh: viêm nhiều dây thần kinh, lõi đĩa đệm, di chứng bại liệt.
 - + Các bệnh chất tạo keo: bệnh xơ cứng bì, bệnh lu-pút (lupus) ban đỏ.

3. Triệu chứng

Trước khi xuất hiện hoại tử, người ta quan sát thấy những rối loạn mạch máu như sau:

a. Rối loạn tuần hoàn kịch phát

Cơn rối loạn tuần hoàn kịch phát được xuất hiện do lạnh hay do cảm xúc.

Đặc điểm của cơn rối loạn tuần hoàn kịch phát là: biểu hiện ở cả hai bên và đối xứng, khu trú ở hai bàn tay hoặc ở hai đầu chi dưới.

Các dấu hiệu lâm sàng thường gặp là:

- Ngát địa phương: các đầu ngón tay nhợt nhạt, lạnh và vô cảm. Dần dần có cảm giác kiến bò và tê tê. Sau đó xuất hiện dấu hiệu xanh tím.
- Ngát địa phương: các ngón tay có dấu hiệu xanh tím và đau.

Ngâm tay trong nước ấm đạt hiệu quả làm thuyên giảm nhanh chóng các rối loạn.

b. Triệu chứng lâm sàng giữa các cơn

- Động mạch được sờ thấy và đập tốt.
- Các cơn có thể tái diễn trong nhiều năm và không có hoại thư xuất hiện.

c. Giai đoạn hoại thư

Có các dấu hiệu lâm sàng ở đầu ngón tay như:

- Có những nốt phỏng nước, những vết loét nhỏ và những sẹo trắng nhạt.
- Đầu ngón tay nhăn lại, thể hiện xơ cứng ngón.
- Móng tay giòn và mọc rất chậm.

4. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các dấu hiệu:

- Các cơn nhợt nhạt và xanh tím đầu chi ở cả hai bên và đối xứng.
- Các rối loạn đều bị khởi phát do lạnh và cảm xúc. Rối loạn này thuyên giảm khi nóng lên.
- Rối loạn dinh dưỡng ở giai đoạn tiến triển nặng.
- Xảy ra chủ yếu ở phụ nữ dưới 40 tuổi.

5. Tiến triển

- Bệnh xuất hiện ở phần xa của một hoặc hai ngón tay và tồn tại trong nhiều năm.
- Các cơn có thể trở nên mau hơn và dữ dội hơn, thiếu máu cục bộ có thể lan ra tất cả bàn tay.
- Có thể xuất hiện các vùng hoại tử khu trú ở đầu các ngón tay.

6. Điều trị

- Tránh lạnh và không hút thuốc lá.
- Dùng thuốc giãn mạch: acetylcholin 0,20g - 0,40g tiêm dưới da.
- Ngâm nước ấm.
- Phẫu thuật cắt bỏ thần kinh giao cảm cổ - ngực hay thắt lưng tùy theo vị trí của bệnh.

U MẠCH MÁU

Người ta phân biệt các loại u mạch máu:

- U mạch (còn được gọi là u mạch máu): là u lành, gồm có các mạch máu tân tạo.

- + Nơ vị bẩm sinh: đó là vết đỏ nhạt, có ranh giới rõ, gồm một mạng mao mạch. Vị trí của vết đỏ thường ở mặt.

Gặp ở trẻ mới đẻ và trẻ em.

- + U mạch củ: đó là u nhỏ mềm, lồi, màu đỏ tím, vị trí ở mặt.
- U bạch mạch: u bạch mạch có thể phối hợp với một phình động - tĩnh mạch.
- + U bạch mạch có ngay từ lúc trẻ mới đẻ. Nó có thể có vị trí ở bất cứ phần nào của cơ thể và của nội tạng.
- + Có thể gặp u bạch mạch đơn giản hay là u hang bạch mạch.
- + U bạch mạch là u mạch máu lạnh tĩnh, phát sinh trên các bạch mạch.
- + U bạch mạch là một khối u bóng, giống hột cơm và chun giãn.

Vị trí của u bạch mạch được thấy chủ yếu ở vùng lân cận gốc chi, trên lưỡi, mí mắt.

- + U hang bạch mạch: là một u nang thanh mạc gồm nhiều ngăn. U hang bạch mạch có thể bị nhiễm khuẩn và mưng mủ.

Vị trí thường gặp trong hõm trên đòn. U hang bạch mạch có từ khi trẻ mới đẻ.

- U mạch cuộn: là u mạch do phì đại các chỗ nối động - tĩnh mạch bình thường ở mô dưới da.

Có dấu hiệu đau nhiều khi và chạm vào u mạch cuộn. Biểu hiện tại chỗ bằng những hòn nhỏ màu tím nhạt, có kích thước vài mi-li-mét.

Vị trí thường gặp ở các vùng xúc giác và đôi khi ở mông.

Chú thích:

Các u ác tính như u nội mô, sarcom mạch máu... hiếm gặp.

Chương 6

BỆNH CỦA CÁC TUYẾN NỘI TIẾT

RỐI LOẠN KINH NGUYỆT

1. Định nghĩa và phân loại

Rối loạn kinh nguyệt bao gồm các biểu hiện dưới đây:

– Vô kinh: vô kinh là hiện tượng không có kinh nguyệt. Có hai loại vô kinh:

- + Vô kinh nguyên phát: không có kinh nguyệt ở người phụ nữ chưa bao giờ hành kinh.
- + Vô kinh thứ phát: là hiện tượng mất kinh.

– Kinh đau: có triệu chứng đau khi hành kinh.

Có hai loại kinh đau:

- + Kinh đau nguyên phát: triệu chứng đau xuất hiện khi hành kinh.
- + Kinh đau thứ phát: triệu chứng đau xuất hiện sau khi hành kinh.
- Rong kinh: là hiện tượng ra huyết từ tử cung có chu kỳ, thường kéo dài trên 7 ngày.
- Băng huyết: băng huyết là hiện tượng ra huyết từ đường sinh dục không theo chu kỳ, xảy ra và cũng kéo dài trên 7 ngày.
- Ít kinh nguyệt: số lượng huyết kinh không đáng kể.

- Kinh nguyệt quá ngắn: hành kinh dưới 2 ngày đã sạch huyết.

2. Vô kinh nguyên phát

Chẩn đoán vô kinh nguyên phát không được đặt ra trước 18 tuổi.

Vô kinh nguyên phát do các nguyên nhân sau:

- Rối loạn nội tiết:
 - + Bất phát dục, loạn sản buồng trứng.
 - + Giảm năng thụ trước tuyến yên trước dậy thì, loạn dưỡng phì sinh dục.
 - + Hội chứng sinh dục thượng thận trước dậy thì.
 - + Giảm năng tuyến giáp (không hằng định).
- Rối loạn giải phẫu học: do giảm sản, hẹp tử cung hoặc hẹp âm đạo.
- Rối loạn nhận cảm của nội mạc tử cung: người bệnh có chu kỳ buồng trứng bình thường và sản xuất đủ oestrogen và progesteron. Tuy nhiên nội mạc tử cung vẫn không cảm thụ.

3. Vô kinh thứ phát

a. Sinh lý

- Thai nghén.
- Tiết sữa.
- Mãn kinh.

b. Rối loạn chức năng buồng trứng

- Tăng tiết folliculin: gặp trong các trường hợp

- + Viêm nội mạc tử cung xuất huyết.
- + Hội chứng căng thẳng tiền kinh nguyệt.
- Giảm tiết folliculin: đôi khi vô kinh kiểu mãn kinh.
- Tăng tiết lutein hay là thừa progesteron: khởi đầu của thai nghén có một thời kỳ tăng tiết lutein. Do ảnh hưởng của các hormon hướng sinh dục màng đệm nên hoàng thể lưu tồn và duy trì nội mạc tử cung trong giai đoạn chế tiết, do đó có vô kinh.
- Giảm tiết lutein: là hiện tượng thiếu hormon của hoàng thể (lutein), biểu hiện qua những rối loạn kinh nguyệt như
 - + Vô kinh.
 - + Kinh nguyệt không đều và đau (chứng kinh đau).
 - + Rong kinh.
 - + Ở thai phụ: giảm tiết lutein có thể gây ra sảy thai.

c. Bệnh tuyến nội tiết rõ ràng

Do các nguyên nhân:

- Tổn thương tuyến yên.
- Tổn thương vỏ thượng thận.
- Tổn thương tuyến giáp.
- Tổn thương hệ thần kinh - hormon thụ sau tuyến yên và vùng dưới đồi có kèm theo thiếu hormon chống bài niệu. Từ nguyên nhân này gây nên bệnh đái tháo nhạt. Bệnh đái tháo nhạt có đặc điểm là:
 - Đi tiểu nhiều thường xuyên hoặc nhất thời.
 - Lượng nước tiểu nhiều, có tỷ trọng thấp, không có albumin, không chứa glucose.

4. Vô kinh do vùng dưới đồi (hay do tâm thần)

Đây là thể bệnh hay gặp nhất của chứng vô kinh thứ phát.

a. Nguyên nhân

- Xúc cảm mạnh, lo âu; nhưng vô kinh có thể mất đi sau hôn nhân.
- Sợ hãi.

b. Triệu chứng

Vô kinh là triệu chứng duy nhất.

c. Điều trị

Cách điều trị có hiệu quả là liệu pháp tâm thần kết hợp với các thứ thuốc an thần.

5. Vô kinh do nguyên nhân tại chỗ

Do viêm hoặc do khối u.

6. Kinh đau (đau bụng khi hành kinh)

Có hai loại kinh đau:

- Kinh đau nguyên phát hoặc vô căn.
- Kinh đau thứ phát ghép vào một bệnh phụ khoa.

Nội dung dưới đây được nêu lên với loại kinh đau nguyên phát.

a. Nguyên nhân

Không được biết rõ. Có thể do các nguyên nhân:

- Yếu tố tâm thần - thân thể.
- Sự mất cân bằng giữa mức sản xuất oestrogen và progesteron.
- Những rối loạn khả năng co tử cung.

b. Triệu chứng

- Đau: chỉ xảy ra ở phụ nữ có chu kỳ kinh nguyệt bình thường.
- Có biểu hiện chuột rút ở vùng thắt lưng và ở bụng, xuất hiện vào những giờ đầu hành kinh.

Chứng kinh đau nguyên phát nhiều khi giảm bớt trong điều kiện:

- Sau hôn nhân.
- Sau thai nghén.
- Khi sắp tới mãn kinh.

c. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào khám phụ khoa kỹ càng.
- Cần loại bỏ các nguyên nhân gây đau ở các nội tạng.

d. Điều trị

- Liệu pháp tâm thần.
- Dùng thuốc an thần, dùng thuốc chống đau (codein, phenacetin, aspirin), dùng thuốc chống co thắt cơ trơn.
- Gắng sức thể lực: có thể làm thuyên giảm hội chứng đau xuất hiện trước lúc bắt đầu hành kinh.
- Liệu pháp hormon: dùng thuốc
 - + Testosteron: có hiệu quả trong các thể bệnh nhẹ. Uống 10mg methyltestosteron/24h trong thời gian 10 - 15 ngày cuối cùng của chu kỳ kinh nguyệt.
 - + Progesteron: cho kết quả điều trị thất thường. Tiêm bắp 10mg/lần x 2 lần trong một tuần lễ. Sử dụng thuốc trong hai tuần lễ cuối cùng của chu kỳ kinh nguyệt.

- + Ức chế rụng trứng bằng các oestrogen. Cho uống một trong số các oestrogen tổng hợp (như các thuốc: diethylstilbestrol, cycloestrol, synthrogen, novestrin, debestran, broparestrol, benzoestrol, octofollin, trianisoestrol).

Ghi chú: các thuốc oestrogen đều thuộc bảng C. Các thuốc này có thể gây tác dụng phụ như sau:

- + Xuất huyết tử cung.
- + Rối loạn tiêu hoá.
- + Ban da.
- + Vàng da.
- + Ban xuất huyết giảm tiểu cầu.
- + Thiếu máu bất sản.
- + Rối loạn chất điện phân.
- + Ung thư vú và sinh dục ở phụ nữ với liều cao của thuốc và điều trị kéo dài.

Dùng các oestrogen trong 3 tuần lễ đầu của chu kỳ kinh nguyệt, không kéo dài liệu trình quá 1 năm.

- Điều trị phẫu thuật: thủ thuật cắt bỏ dây thần kinh trước - cùng để điều trị các thể bệnh nặng.

7. Rụng trứng đau

Ở một số phụ nữ, rụng trứng có kèm triệu chứng đau:

- Đau ở vùng hố chậu, ở một bên.
- Đau lan về phía mặt trong hai đùi.
- Triệu chứng đau có thể kèm theo dấu hiệu: tiểu tiện khó, buồn nôn, nôn, tiêu chảy.

DẬY THÌ SỚM

1. Định nghĩa

Dậy thì sớm là sự trưởng thành sinh dục xuất hiện trước lứa tuổi thông thường.

2. Các thể lâm sàng

a. Dậy thì sớm thật

- Có đầy đủ các dấu hiệu và biến đổi của hiện tượng dậy thì, tuy nhiên chúng xuất hiện sớm hơn bình thường.
- Thể này do một sự thức tỉnh sớm của trục hormon thùy trước tuyến yên - tuyến sinh dục.

Với trạng thái này, không cần điều trị.

b. Dậy thì sớm giả

- Các biểu hiện của dậy thì xuất hiện sớm.
- Tuy nhiên, các dấu hiệu không đầy đủ hoặc dị thường.

Với các thể bệnh này, liệu pháp điều trị là cần thiết và phụ thuộc vào nguyên nhân.

3. Nguyên nhân của dậy thì sớm cùng giới tính hoặc khác giới tính

a. Nguyên nhân do vùng dưới đồi thị

- Ở nam giới, nguyên nhân thường gặp là:
 - + Khối u não.
 - + Viêm não.
 - + Dị dạng bẩm sinh.

- Ở nữ giới, nguyên nhân cũng là:

- + Khối u não.
- + Viêm não.
- + Dị dạng bẩm sinh.

b. Nguyên nhân do tuyến yên

- Ở nam giới: do thể tạng.

- Ở nữ giới:

- + Do thể tạng.
- + Hội chứng loạn sản xơ nhiều xương (còn gọi là hội chứng albright) có kèm trưởng thành sinh dục sớm.

c. Nguyên nhân do tuyến sinh dục

- Ở nam giới: do u các tế bào Leydig.

- Ở nữ giới: do các nguyên nhân sau:

- + Khối u lớp hạt.
- + U buồng trứng dạng tinh hoàn.
- + Ung thư nhau (có thể từ mẹ xâm nhập vào thai nhi).

d. Nguyên nhân do vỏ tuyến thượng thận

Do tăng sản hoặc khối u vỏ thượng thận. Nguyên nhân này là chung cho cả 2 giới nam và nữ.

e. Nguyên nhân do u tuyến tùng: gặp ở nam giới với các dấu hiệu

- Dây thì sớm.
- Tăng áp lực nội sọ.
- Liệt nhãn cầu thẳng đứng.

MÃN KINH

1. Định nghĩa tuổi mãn kinh

Tuổi mãn kinh là giai đoạn chuyển tiếp giữa tuổi hoạt động sinh dục và giai đoạn hết kinh vĩnh viễn - là giai đoạn quá độ đi kèm sự loại trừ sinh lý chức năng kinh nguyệt.

2. Phân biệt

Cần phân biệt mãn kinh sinh lý với các trường hợp mãn kinh khác và vô kinh.

a. Mãn kinh sinh lý: xảy ra trong độ tuổi trung bình từ 45 đến 55 tuổi.

b. Mãn kinh sớm: xảy ra trước tuổi 45. Bất thường này là hậu quả của trạng thái buồng trứng kiệt nang trứng hoặc xuất hiện sau một bệnh nặng toàn thân.

c. Vô kinh nguyên phát: gặp trong hội chứng Turner. Đây là bệnh bẩm sinh với đặc điểm:

- Người bệnh không bao giờ hành kinh.
- Cơ quan sinh dục nữ tính, không có giới tính phụ.
- Tầm vóc nhỏ, loãng xương, viêm đầu xương đốt sống.
- Dị dạng kết hợp: hẹp eo động mạch chủ, tật thừa ngón, dị dạng thận.

d. Vô kinh thứ phát

Là những trường hợp bệnh nhân trong tuổi hoạt động sinh dục nhưng do bệnh lý phải loại bỏ cả hai bên buồng trứng bằng phẫu thuật hoặc tia X.

3. Triệu chứng

Trừ một số trường hợp không có biểu hiện gì rõ rệt, còn đa số các trường hợp có các dấu hiệu sau:

a. *Rối loạn kinh nguyệt*: kinh nguyệt không đều, ít dần cho tới khi vô kinh hoàn toàn.

b. *Rối loạn tâm thần*: xu hướng trầm cảm, phiền muộn hoặc lo lắng, dễ kích động, khó tập trung, hay quên.

c. *Rối loạn vận mạch*: mạch nhanh, đỏ hồng ngực, hồi hộp, nhức đầu, chóng mặt, vã mồ hôi, dấu hiệu bốc hỏa rất hay gặp, xanh tím đầu chi, áp lực động mạch thất thường.

d. *Biến đổi hình thái học*: teo âm hộ, âm đạo khô, tử cung nhỏ, nội mạc mỏng; có thể sa sinh dục do cân và dây chằng nhão dần. vú nhỏ lại, lông mu thưa.

e. Các rối loạn khác

- Triệu chứng ngoài da: do mỏng, khô, teo nhãn và chảy xệ.
- Triệu chứng tiết niệu: són dái hoặc mót dái nhiều lần, có thể có dái buốt.
- Giảm sinh hoạt tình dục do giao hợp đau, mất快感 do tâm lý và trầm cảm.
- Hiện tượng loãng xương dẫn tới đau lưng, còng lưng, gãy xương.

4. Điều trị

Áp dụng cho những trường hợp triệu chứng rõ ràng:

- Liệu pháp nội tiết thay thế: dùng estrogen, có thể kết hợp progerteron. Nên dùng sớm trong suốt giai đoạn tiền mãn kinh, mỗi tháng dùng 10-14 ngày.

Bệnh nhân áp dụng liệu pháp này cần được theo dõi, khám định kỳ.

- Áp dụng chế độ dinh dưỡng hợp lý.
- Luyện tập đều, di bộ thường xuyên.
- Bổ sung calci, vitamin D thỏa đáng.
- Tạo một đời sống tinh thần và tâm lý thoải mái.

VÔ SINH

1. Vô sinh ở nam giới

a. Nguyên nhân

Các nguyên nhân gây bệnh có thể gặp là:

- Các nguyên nhân hiển nhiên: loạn, liệt dương, ấn tinh hoàn.
- Rối loạn bài tiết: do vật chướng ngại cơ học ngăn cản không cho tinh dịch chảy ra. Cụ thể gặp trong những trường hợp:
 - + Viêm mào tinh: thường do bệnh lậu.
 - + Các dị dạng bẩm sinh.
 - + Chấn thương.
- Rối loạn tiết tinh dịch: có hai loại nguyên nhân
 - + Nguyên nhân không phải nội tiết:
 - Viêm tinh hoàn (thường do bệnh quai bị) có kèm teo tinh hoàn thứ phát.

- Bệnh toàn thân nặng, rối loạn dinh dưỡng.
 - Tinh hoàn lạc chỗ.
 - Chấn thương.
 - Nhiễm độc bức xạ.
- + Nguyên nhân nội tiết:
- Giảm năng khởi phát từ tuyến yên: bệnh to cục.
 - Giảm năng khởi phát từ tinh hoàn. Trạng thái loạn nhẹ nguyên phát, hormon kích thích nang trứng tăng trong nước tiểu.
 - Hội chứng vô tinh trùng kết hợp với tinh hoàn nhỏ và chứng vú to (gọi là hội chứng Klinefelter).
- Rối loạn tạo tinh trùng:
- + Hội chứng Del Castillo: có các dấu hiệu như
- Dục tính, dương vật và hệ thống lông bình thường.
 - Tinh hoàn nhỏ.
 - Không có tinh trùng trong tinh dịch (vô tinh trùng hoàn toàn).
- + Các rối loạn tạo tinh trùng:
- Xơ hoá ống tuần tiến gây tắc các ống sinh tinh.
 - Các tinh trùng trưởng thành chỉ tới giai đoạn tinh bào thì ngừng lại.

b. Chẩn đoán xác định

Dựa vào:

- Khám toàn thân.
- Khám lâm sàng học tinh hoàn và các đường bài tiết (có khi soi hoặc chụp niệu đạo).

c. Điều trị

- Liệu pháp tâm thần trong liệt dương.
- Điều trị bệnh toàn thân (nếu có).
- Phẫu thuật giải quyết các vật chướng ngại ở đường bài tiết tinh dịch.
- Liệu pháp hormon: có thể dùng
 - + Hormon hướng sinh dục: các hormon hướng sinh dục của tuyến yên được sử dụng cho các thể bệnh khởi phát từ tuyến yên. Liệu pháp này được chỉ định trong các trường hợp giảm năng tinh hoàn thứ phát sau giảm năng thùy trước tuyến yên. Có thể dùng thử các hormon hướng sinh dục, nhất là đối với người bệnh trẻ dưới 20 tuổi, với liều lượng từ 500 đến 1000 đơn vị, mỗi tuần 2 lần. Khi tinh hoàn đã to ra và tiết testosterone, người ta có thể dùng hormon kích thích nang trứng dưới dạng cao huyết thanh ngựa cái chứa để kích thích sự tạo tinh trùng.
 - + Androgen trong các thể bệnh khác.
 - + Cao tuyến giáp: có thể mang lại kết quả, kể cả trường hợp không bị giảm năng tuyến giáp rõ ràng.

2. Vô sinh ở nữ giới

a. Nguyên nhân

- Tâm thần: phần lớn các trường hợp vô sinh đều do vùng dưới đồi thị, thứ phát sau:
 - + Những mâu thuẫn.
 - + Những xúc cảm.
 - + Những chấn thương tinh thần.
 - + Chứng giao hợp đau.

- Các chứng ngại vật cản trở đường tiến của trứng: có thể do
 - + Viêm vòi trứng.
 - + Hẹp vòi trứng.
 - + Viêm nội mạc tử cung.
 - + U xơ tử cung, dị dạng tử cung bẩm sinh, chấn thương tử cung.
- Các chứng ngại vật cản trở đường tiến của tinh trùng:
 - + Viêm âm đạo.
 - + Viêm cổ tử cung.
 - + Polyp cổ tử cung.
 - + Chất nhầy cổ tử cung độc đối với tinh trùng.
- Các nguyên nhân nội tiết:
 - + Các hội chứng giảm hormon: giảm tiết folliculin nguyên phát hoặc thứ phát; giảm tiết lutein.
 - + Các hội chứng tăng tiết hormon: tăng tiết folliculin; tăng tiết lutein.

b. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán đúng vô sinh ở nữ giới có thể gặp nhiều khó khăn. Để chẩn đoán xác định bệnh, cần thực hiện các biện pháp lâm sàng sau:

- Khám toàn thân.
- Khám phụ khoa sau khi đã bơm không khí vào trong vòi trứng.
- Nghiên cứu sinh lực của tinh trùng tùy theo chất nhầy cổ tử cung.
- Khám tuyến giáp: thực hiện khi nghi ngờ có giảm năng tuyến giáp.

c. Điều trị

- Liệu pháp tâm thần: được thực hiện trong chứng giao hợp đau và trường hợp vô sinh do vùng dưới đồi.
- Liệu pháp phụ khoa: được thực hiện khi có nhiễm khuẩn, hẹp vòi trứng.
- Liệu pháp hormon:
 - + Hormon hướng sinh dục: chỉ định trong các chu kỳ không có rụng trứng kèm theo hiện tượng giảm hormon hướng sinh dục ở trong nước tiểu.
 - + Dùng oestrogen đối với trường hợp giảm tiết folliculin.
 - + Dùng progesteron kể từ ngày thứ 20 của chu kỳ kinh nguyệt đối với trường hợp tăng tiết folliculin.
 - + Dùng progesteron đối với trường hợp giảm tiết lutein.
 - + Phương pháp tốt nhất: dùng oestrogen trong 3 tuần lễ đầu của chu kỳ kinh nguyệt và dùng progesteron trong tuần lễ thứ tư.
 - + Cao tuyến giáp: có kết quả tốt, kể cả trường hợp không có giảm năng tuyến giáp rõ ràng.

HỘI CHỨNG TIỀN KINH NGUYỆT

Hội chứng tiền kinh nguyệt còn gọi là hội chứng căng thẳng tiền kinh nguyệt (hoặc đồng nghĩa với loạn hòa hợp tuyến yên - buồng trứng).

1. Định nghĩa

Hội chứng căng thẳng tiền kinh nguyệt là hội chứng rối loạn thần kinh thực vật, co cứng và chuyển hoá có liên quan với chu kỳ kinh nguyệt.

2. Nguyên nhân

Nguyên nhân của hội chứng căng thẳng tiền kinh nguyệt là do rối loạn tuyến yên - buồng trứng và thừa tuyệt đối hoặc tương đối các oestrogen (do tăng tiết folliculin), progesteron hoặc hormon chống bài niệu trong thời kỳ tiền kinh nguyệt.

3. Triệu chứng

a. Rối loạn thần kinh thực vật

Có dấu hiệu:

- Trạng thái thần kinh dễ kích thích.
- Co thắt ống tiêu hoá.
- Co thắt bộ tiết niệu.
- Đánh trống ngực.

b. Trạng thái căng tiền kinh nguyệt

- Phồng vú, phồng bụng.
- Đau thắt lưng và khung chậu nhỏ (tiểu khung).
- Nhức đầu.

Các dấu hiệu có thể biến mất hẳn khi xuất hiện kinh nguyệt.

c. Rối loạn kinh nguyệt

Có thể gặp một trong các dấu hiệu:

- Vô kinh.
- Kinh nguyệt không đều (lâu quá hoặc quá ngắn).
- Kinh đau.

4. Điều trị

a. Liệu pháp tâm thần: dùng thuốc an thần và thuốc trấn tĩnh, thuốc chống co thắt.

b. Liệu pháp chống sự giữ nước

- Chế độ ăn ít muối, đặc biệt trong thời kỳ thứ hai của chu kỳ kinh nguyệt.
- Dùng thuốc lợi tiểu: amoni clorua, acetazolamid, chlorothiazid...

c. Liệu pháp hormon

Dùng progesteron 10mg/24h kể từ ngày thứ 18 hoặc thứ 20 sau khi hành kinh.

VIÊM NỘI MẠC TỬ CUNG CHẢY MÁU

Bệnh viêm nội mạc tử cung chảy máu còn gọi là bệnh tử cung chảy máu.

1. Định nghĩa

Bệnh viêm nội mạc tử cung chảy máu là hội chứng nguồn gốc nội tiết, có đặc điểm là băng huyết hoặc rong kinh và do tăng tiết folliculin.

2. Nguyên nhân

Các nguyên nhân có thể gặp:

- Sản xuất oestrogen quá nhiều và liên tục, không có sự hình thành hoàng thể hoặc có kèm giảm kích thích do lutein.
- Tăng sản nội mạc tử cung có thể gặp trong giảm năng tuyến giáp.
- Di chứng của viêm chậu nhỏ hoặc của cuộc can thiệp phụ khoa làm rối loạn sự rụng trứng bình thường.

- Liệu pháp oestrogen kéo dài có thể gây ra viêm nội mạc tử cung chảy máu.

3. Hoàn cảnh xuất hiện

Thường xảy ra ở tuổi dậy thì hoặc nhiều hơn vào lúc mãn kinh.

4. Triệu chứng

a. Rối loạn kinh nguyệt

- Các chu kỳ kinh nguyệt thường trở nên ngày càng ngắn lại, rồi tiếp đến một thời kỳ vô kinh ít nhiều kéo dài.
- Thời kỳ vô kinh có xen kẽ bằng huyết.
- Trong trường hợp nạo thai, có một thời kỳ vô kinh lâu 3 - 4 tháng.

b. Các dấu hiệu tăng tiết folliculin khác

- Phụ nữ mắc bệnh này đa số trường hợp là có kinh sớm. Ngay từ ban đầu, kinh nguyệt đã không đều, đôi khi bị chậm nhiều tháng.
- Toàn trạng tốt, hệ lông và vú nhiều khi rất phát triển.
- Có thể gặp dấu hiệu viêm u tuyến vú.
- Sự kết hợp giữa u xơ tử cung và viêm nội mạc tử cung chảy máu có thể hay gặp.

c. Biểu đồ nhiệt độ

Trong nửa đầu của chu kỳ kinh nguyệt: nhiệt độ ở dưới mức bình thường.

Trong thời kỳ thứ hai của chu kỳ kinh nguyệt: nhiệt độ không tăng hoặc tăng không rõ rệt.

5. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh:

- U xơ hoặc ung thư tử cung.
- Xuất huyết nội tạng.
- Đau có liên quan với rụng trứng: có các dấu hiệu lâm sàng
 - + Đau xảy ra ở giữa chu kỳ kinh nguyệt.
 - + Có thể kèm theo: sưng vú nhẹ, phù thoáng qua và có thể xuất huyết giả kinh nguyệt.
- Bệnh lạc nội mạc tử cung:
 - + Bệnh lạc nội mạc tử cung là sự ghép những mảnh niêm mạc tử cung trên các phần phụ và trong vùng ruột kết.
 - + Các mảnh lạc chỗ trải qua những biến thiên chu kỳ bình thường của nội mạc tử cung gây ra kinh đau và các rối loạn ruột.
- Liệu pháp oestrogen kéo dài.
- Thai nghén: đặc biệt thai nghén lạc chỗ.

6. Điều trị

- Các thể bệnh nhẹ: có tính chất nhất thời và tự nhiên khỏi.
- Nạo thìa: trong các thể bệnh khó chịu.
- Trong trường hợp thất bại: điều trị bằng progesteron một cách chu kỳ với liều lượng 10 - 20mg/24h trong 4 - 5 ngày vào cuối chu kỳ kinh nguyệt và điều trị tiếp nối trong 3 - 4 chu kỳ.

Lưu ý: progesteron không có hiệu lực đối với hiện tượng xuất huyết đang diễn ra.

- Nếu vẫn tiếp tục chảy máu thì nên kết hợp thêm các oestrogen trong thời kỳ đầu của chu kỳ kinh nguyệt.
- Cao tuyến giáp: dùng cao tuyến giáp trong trường hợp giảm năng tuyến giáp.
- Cắt bỏ tử cung nhưng giữ lại buồng trứng nếu các biện pháp điều trị nêu trên thất bại.

GIẢM NĂNG BUỒNG TRỨNG

1. Giảm năng buồng trứng trước dậy thì

a. Giảm năng buồng trứng nguyên phát

- Nguyên nhân:

Các nguyên nhân thường gặp là:

- + Bất phát dục buồng trứng, hội chứng Turner (hội chứng Turner có đặc điểm là: giảm năng buồng trứng bẩm sinh có kết hợp với những hư biến khác). Triệu chứng lâm sàng của hội chứng Turner gồm có:
 - Hội chứng sinh dục: tuyến sinh dục thô sơ, chất đệm buồng trứng không có nang trứng, vô kinh nguyên phát, trạng thái lão suy sớm.
 - Tầm vóc nhỏ, loãng xương, viêm đầu xương đốt xương.
 - Có các dị dạng kết hợp: hẹp eo động mạch chủ, dị dạng thận, tật thừa ngón.
- + Giảm sản buồng trứng.

- + Viêm hoặc khối u buồng trứng.

Trong các trường hợp này, buồng trứng không hoạt động bình thường mặc dầu được tuyến yên kích thích một cách thích hợp.

- Triệu chứng lâm sàng:

- + Vô kinh nguyên phát.
- + Giới tính nguyên phát (âm đạo, tử cung nhi tính) và thứ phát (vú, hệ lông không phát triển).
- + Các xương dài phát triển mạnh do hiện tượng lưu tồn sụn đầu xương.
- + Giảm năng tuyến yên không kèm theo các dấu hiệu vận mạch của mãn kinh.

b. Giảm năng buồng trứng thứ phát

- Nguyên nhân:

- + Giảm năng toàn bộ tuyến yên.
- + Giảm năng tuyến yên bộ phận, giới hạn ở các hormon hướng sinh dục.
- + Nhi tính do vùng dưới đồi.
- + Hội chứng sinh dục - thượng thận: giảm năng buồng trứng là do các hormon hướng sinh dục bị ức chế bởi hiện tượng thừa các androgen thượng thận.

- Triệu chứng lâm sàng: các dấu hiệu lâm sàng thể hiện khác nhau trong hai hội chứng sau đây

- + Lùn tuyến yên: có dấu hiệu
 - Rối loạn sinh dục.
 - Dấu hiệu giảm năng tuyến giáp và vỏ thượng thận.

- + Giảm năng tuyến yên bộ phận giới hạn ở các hormon hướng sinh dục. Có các dấu hiệu:
 - Âm đạo, tử cung và vú vẫn nhĩ tính.
 - Hệ lông phát triển bình thường.
 - Không có rối loạn tuyến nào khác.

2. Giảm năng buồng trứng sau dậy thì

a. Giảm năng buồng trứng sau dậy thì nguyên phát

- Nguyên nhân:
 - + Viêm hoặc khối u buồng trứng.
 - + Mãn kinh bình thường hoặc sớm.
- Triệu chứng lâm sàng
- Có các dấu hiệu:
 - + Vô kinh thứ phát hoặc vô sinh.
 - + Nhiệt độ thân thể không diễn hình có kèm theo hiện tượng không tăng nhiệt độ chu kỳ.
 - + Có thể gặp dấu hiệu kinh nguyệt thất thường hoặc rong kinh do sự tiết liên tục các oestrogen.
 - + Trong thể bệnh nặng: các cơ quan sinh dục có thể bị thoái triển và các giới tính phụ có thể biến mất không hoàn toàn.

Các dấu hiệu lâm sàng trên xuất hiện là do các nang trứng không trưởng thành, không có rụng trứng và lutein hoá mặc dầu vẫn có sự kích thích của tuyến yên.

b. Giảm năng buồng trứng sau dậy thì thứ phát

- Nguyên nhân:

- + U tuyến yên.
- + U thân kinh dẹt lân cận xâm lấn tuyến yên.
- + Hoại tử do thiếu máu cục bộ ở tuyến yên: hoại tử thứ phát sau nghẽn mạch hoặc tắc mạch.
- + Viêm hoặc chấn thương não.
- Triệu chứng lâm sàng:

Các dấu hiệu lâm sàng bao gồm:

- + Hội chứng sinh dục: vô kinh, teo các cơ quan sinh dục và vú, rụng lông nách và lông mu, mất dực tinh, kinh nguyệt không xuất hiện lại.
- + Hội chứng tâm thần: suy nhược, trí tuệ, rối loạn cảm tính.
- + Hội chứng bình thái học: tạng gầy, có thể suy mòn nặng, dung mạo già yếu, da mỏng, khô, nhăn và có vảy.
- + Giảm năng tuyến giáp.
- + Giảm năng vỏ thượng thận.

c. Giảm năng buồng trứng sau dậy thì thứ phát sau hội chứng nam hoá

Quan sát thấy thể lâm sàng này xuất hiện trong:

- Hội chứng Cushing: hội chứng Cushing xuất hiện do sự tăng năng vỏ thượng thận. Hội chứng này có đặc điểm là: tăng áp lực động mạch, chứng béo phì đặc biệt, tiểu đường và loãng xương. Hội chứng Cushing có triệu chứng lâm sàng ở phụ nữ là vô kinh và teo các cơ quan sinh dục.

- Hội chứng sinh dục - thượng thận:

Ở phụ nữ, có dấu hiệu lâm sàng:

- + Vô kinh, phì đại âm vật.
- + Teo tử cung, âm đạo và vú.
- + Rậm lông tóc.
- + Giọng trầm, thay đổi tâm lý, biến đổi hình thái học kiểu đàn ông (dạng nam giới).
- U nang trứng: nguyên nhân là do sự tiết hormon androgen ức chế sự hình thành các hormon hướng sinh dục.
- d. Giảm năng buồng trứng sau dậy thì thứ phát sau một bệnh nặng*

Các bệnh gây nên đảo lộn sâu sắc chuyển hoá đều có khả năng dẫn tới vô sinh. Các bệnh chủ yếu thường gặp là:

- Tăng năng tuyến giáp.
- Bệnh đái tháo đường bị bỏ qua.
- Các bệnh gây suy mòn.
- Bệnh tăng urê máu.
- Các bệnh nhiễm khuẩn mạn tính.

e. Giảm năng buồng trứng sau dậy thì thứ phát do tâm thần

Nguyên nhân do vùng dưới đồi thị.

Chứng vô kinh do nguồn gốc tâm thần có thể xuất hiện do: xúc cảm tác động lên vùng dưới đồi thị và tác động lên sự tiết hormon hướng hoàng thể. Hormon này cần thiết để cho hormon kích thích nang trứng có thể gây ra sự tiết các oestrogen.

3. Điều trị

a. Điều trị nguyên nhân

Được áp dụng trong các trường hợp:

- Giảm năng buồng trứng do tâm thần.
- Giảm năng buồng trứng thứ phát sau một bệnh nặng.
- Giảm năng buồng trứng thứ phát sau hội chứng nam hoá.

b. Các hormon hướng sinh dục

Đây là thứ thuốc tốt nhất để điều trị giảm năng buồng trứng do tuyến yên.

c. Liệu pháp thay thế

- Oestrogen: liệu pháp oestrogen cần phải tuân theo các nguyên tắc dưới đây
 - + Không cho liều lượng quá cao để tránh nguy cơ ức chế tuyến yên.
 - + Không dùng một liệu trình liên tục nhằm tránh chảy máu tử cung.
 - + Thường dùng oestrogen mỗi tháng 3 tuần lễ là đạt hiệu quả.
- Progesteron: dùng progesteron 5 - 6 ngày trong tuần lễ ngừng oestrogen.

RỐI LOẠN HORMON TRONG THỜI KỲ THAI NGHÉN VÀ HẬU SẢN

1. Nhiễm độc huyết do thai nghén

Các hiện tượng thường gặp trong nhiễm độc huyết do thai nghén:

- Các hormon hướng sinh dục màng đệm tăng lên.

- Các oestrogen và pregnandiol trong nước tiểu giảm.
- Mức bài xuất andosteron qua nước tiểu tăng.

Điều trị: dùng oestrogen và corticoid chưa có kết quả trong thực tế.

2. Sảy thai thường xuyên

a. Sảy thai thứ phát sau một bệnh do tuyến nội tiết

Có thể gặp trong bệnh:

- Đái tháo: sảy thai xuất hiện chủ yếu vào cuối thời kỳ thai nghén.
- Giảm năng tuyến yên.

b. Thiếu các hormon sinh dục màng đệm

Xảy ra trong 3 tháng đầu của thời kỳ thai nghén và kèm theo một mức bài tiết pregnandiol và oestrogen qua nước tiểu tương đối thấp.

c. Thiếu oestrogen và progesteron

Các hormon hướng sinh dục màng đệm ở mức bình thường. Sảy thai xuất hiện trong ba tháng đầu của thời kỳ thai nghén.

- Khám lâm sàng:
 - + Khám toàn thân và khám phụ khoa.
 - + Quan sát biểu đồ tăng glucose máu.
 - + Nghiên cứu chức năng buồng trứng qua rối loạn kinh nguyệt.
- Điều trị:
 - + Điều trị nguyên nhân trong trường hợp giảm năng tuyến giáp và đái tháo đường.

- + Trong các thể bệnh khác: điều trị bằng progesteron riêng lẻ hoặc kết hợp với các oestrogen.

3. Chửa trứng

a. Nguyên nhân gây bệnh

Thoái hoá u nang của các nang mao màng đệm.

b. Triệu chứng lâm sàng

Có các dấu hiệu:

- Xuất huyết.
- Tử cung to nhiều vào cuối ba tháng đầu thai nghén.
- Buồng trứng có nhiều u nang.

Chú thích: trong chửa trứng, có hiện tượng

- + Tỷ lệ các hormon hướng sinh dục ở trong nước tiểu tăng lên mạnh.
- + Mức sản xuất oestrogen và progesteron giảm.

c. Điều trị: nạo trứng.

Sau khi nạo, cần kiểm tra một cách đều đặn tỷ lệ các hormon hướng sinh dục. Bình thường tỷ lệ này phải giảm xuống. Nếu tỷ lệ tăng lên thì biểu hiện dấu hiệu xuất hiện sự thoái hoá ác tính (thường là ung thư rau).

4. Ung thư rau: hiếm gặp.

a. Nguyên nhân gây bệnh

Nguyên nhân gây bệnh chủ yếu là thoái hoá ác tính của các nang mao màng đệm.

4.2. Triệu chứng lâm sàng

Có dấu hiệu:

- Xuất huyết.
- Tử cung chậm thu teo sau khi đẻ bình thường hoặc sau sẩy thai. Cũng có thể xuất hiện sau chữa trứng.

Chú thích:

- + Thường gây di căn ung thư ở phổi.
- + Tỷ lệ các hormon hướng sinh dục trong nước tiểu tăng cao.
- + Các thử nghiệm thai nghén dương tính.

c. Điều trị

- Cắt bỏ tử cung.
- Liệu pháp quang tuyến, methotrexat.

5. Vô sinh và tiết sữa lưu tồn trong thời kỳ hậu sản

Bệnh hiếm gặp, thường quan sát thấy chủ yếu ở người đẻ con sơ.

Các dấu hiệu lâm sàng thường gặp:

- Sự tiết sữa và vô kinh lưu tồn nhiều năm tuy không có một bệnh phụ khoa nào.
- Mệt mỏi.
- Giảm sản tử cung và teo nội mạc tử cung.

Chú thích:

- + Các hormon hướng sinh dục và các oestrogen trong nước tiểu giảm.
- + Liệu pháp oestrogen và progesteron không có kết quả điều trị.

KHỐI U BUỒNG TRỨNG

Có hai loại khối u buồng trứng tiết hormon:

- Khối u nữ hoá ở buồng trứng.
- Khối u nam hoá ở buồng trứng.

1. Khối u nữ hoá ở buồng trứng

Khối u nữ hoá ở buồng trứng sản xuất ra oestrogen và trong một số trường hợp nó sản xuất ra cả progesteron nữa.

a. Triệu chứng lâm sàng

Có các dấu hiệu:

- Ở em gái nhỏ: dậy thì sớm.
- Ở phụ nữ: rong kinh và băng huyết.
- Sau mãn kinh: xuất huyết.
- Tử cung to và có khối u buồng trứng.

b. Các loại khối u

- U noãn nang:
 - + Hình thành từ màng sinh sản (lớp hạt).
 - + Có tính chất ác tính.
 - + Khu trú ở một bên.
 - + Có thể xuất hiện ở bất kỳ tuổi nào.
- U vỏ nang:
 - + Hình thành từ vỏ nang.
 - + Hiếm gặp, đôi khi có tính chất ác tính.

- + Xuất hiện chủ yếu sau khi mãn kinh.

- U hoàng thể:

Đặc điểm:

- + Tiết progesteron.

- + Hiếm gặp.

- Chorio epithelioma buồng trứng:

Đặc điểm:

- + U quái buồng trứng, u ác tính.

- + Có thể gây ra dậy thì sớm ở bé gái nhỏ.

- + Có những thử nghiệm thai nghén dương tính.

c. Điều trị

Các loại khối u trên đây cần được điều trị bằng phẫu thuật và tiếp theo sau là liệu pháp quang tuyến.

2. Khối u nam hoá ở buồng trứng

Các khối u này sản xuất testosterone và đôi khi những androgen tương tự như androgen của vỏ thượng thận.

a. Ung thư buồng trứng dạng tinh hoàn

- Đặc điểm:

- + Quan sát thấy chủ yếu ở người lớn trẻ tuổi.

- + Ít tính chất ác tính.

- + Có cấu trúc gần giống cấu trúc của tinh hoàn.

- + Có thể bị thoái hoá u nang.

- Triệu chứng lâm sàng:

- + Vô kinh.

- + Trong một số trường hợp có hội chứng nam hoá giống như hội chứng sinh dục - thượng thận.
- Điều trị: phẫu thuật cắt bỏ và tiếp theo sau là liệu pháp quang tuyến.
- b. Khối u nam hoá khác ở buồng trứng*
 - Khối u có quá trình tạo mô gồm những tế bào giống như tế bào vỏ thượng thận.
 - Khối u tế bào Leydig ở buồng trứng.
 - Khối u tế bào rốn buồng trứng.
- c. Chứng viêm giáp mạn buồng trứng*
 - Là u lành tính.
 - Có mô tuyến giáp và gây ra tăng năng tuyến giáp.
 - Hiếm gặp.

HỘI CHỨNG STEIN - LEVENTHAL

1. Định nghĩa

Hội chứng Stein - Leventhal là hội chứng có đặc điểm:

- Vô kinh.
- Rậm lông và rậm tóc.
- U nang hai buồng trứng.

2. Nguyên nhân

Không được biết rõ. Có 2 giả thuyết được nêu lên là:

- Do sự tăng năng vỏ thượng thận.

- Do sự tăng sản xuất hormon kích thích nang trứng do tuyến yên.

3. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh nhiều khi khởi phát ở phụ nữ trước 20 tuổi. Có các dấu hiệu:

a. Rối loạn kinh nguyệt và vô sinh

- Rong kinh, băng huyết nhiều khi dẫn tới vô kinh.
- Biểu đồ thân nhiệt dẹt: thể hiện một chu kỳ không có rụng trứng.

b. Rậm lông tóc và trứng cá.

c. U nang ở hai buồng trứng to ra một cách vừa phải.

d. Âm đạo, âm hộ và tử cung không bị thu teo.

4. Điều trị

- Dùng oestrogen và progesteron để hồi phục chu kỳ kinh nguyệt trong trường hợp chẩn đoán sớm.
- Liệu pháp corticoid: ít kết quả.
- Phẫu thuật: bóc vỏ buồng trứng và tạo điều kiện cho sự rụng trứng bình thường (áp dụng trong trường hợp điều trị nội khoa không có kết quả).

HỘI CHỨNG SINH DỤC - THƯỢNG THẬN

Hội chứng sinh dục - thượng thận cùng nghĩa với:

- Hội chứng thượng thận - sinh dục.
- Hội chứng Apert - Gallais (1910).

1. Định nghĩa

Hội chứng sinh dục - thượng thận là hội chứng do loạn chức năng của vỏ thượng thận (tăng tiết hormon androgen) và những dấu hiệu lâm sàng (thay đổi tùy theo giới tính và tuổi) có thể xuất hiện trên người bệnh.

2. Nguyên nhân

- Tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh: ngay từ lúc mới được sinh ra đã có biến đổi của các cơ quan sinh dục: sớm trưởng thành đồng sinh dục giả (pseudo précocite iso - selucle) ở con trai và lưỡng tính giả ở con gái.

- Các khối u vỏ thượng thận:

Đặc điểm:

- Có tính chất ác tính gây di căn.
- Các biểu hiện lâm sàng học có thể xuất hiện trong thời thơ ấu, trước hoặc sau tuổi dậy thì.
- Tăng sản vỏ thượng thận hậu phát: những biểu hiện lâm sàng xuất hiện sau dậy thì.
- Ưu năng của những mảnh lạc chỗ của vỏ thượng thận ở trong buồng trứng hoặc trong tinh hoàn: hiếm gặp.

3. Các thể lâm sàng

a. Hội chứng sinh dục thượng thận bẩm sinh

- Nguyên nhân: do tăng sản thượng thận bẩm sinh, hiếm gặp do khối u.

- Triệu chứng lâm sàng:

- + Ở con trai: các dấu hiệu có thể gặp là
 - Dương vật phát triển nhanh.

- Tinh hoàn nhỏ.
- Mọc lông và các giới tính phụ xuất hiện sớm.
- Xương phát triển nhanh nhưng ngừng lại sớm cho nên người bệnh thấp và dầy dờ.

Chú ý: trạng thái dậy thì giả có thể xuất hiện vào khoảng tháng tuổi thứ 12.

- + Ở con gái: các dấu hiệu có thể gặp là
 - Phi đại âm vật: âm vật trông giống như một dương vật.
 - Phi đại hai môi lớn.
 - Xuất hiện lông mu, trứng cá, vỡ giọng.
 - Vú không phát triển.
 - Không có kinh nguyệt lúc dậy thì.
 - Súc lớn nhanh nhưng sớm ngừng lại.
- + Ở cả hai giới (gái và trai): ngoài các rối loạn mô tả như trên thì thể bệnh này còn có thể xuất hiện những rối loạn kiểu bệnh Addison
 - Nôn ngay từ ngày thứ 15 sau khi ra đời.
 - Có xu hướng trụy tim mạch.
 - Giảm clo huyết và natri huyết, tăng kali huyết: do tăng sản xuất một chất chuyển hoá gây hư hao natri và giữ kali.

Hội chứng sinh dục - thượng thận có thể gây biến chứng tăng áp lực động mạch.

b. Hội chứng sinh dục - thượng thận trước dậy thì

– Nguyên nhân: do khối u gặp nhiều hơn là do tăng sản tuyến thượng thận.

- Triệu chứng lâm sàng:
 - + Ở con trai: có dấu hiệu
 - Dậy thì sớm giả: xuất hiện muộn hơn so với trong thể bệnh trên.
 - Vô tinh trùng.
 - + Ở con gái: có dấu hiệu
 - Lượng tính giả như trên, nhưng biểu hiện trong thời thơ ấu.
 - Các cơ quan sinh dục được cấu tạo một cách bình thường.
 - Âm vật phì đại, không có xoang niệu - sinh dục.

c. Hội chứng sinh dục thượng thận sau dậy thì

- Hội chứng androgen:
 - Nguyên nhân gây bệnh: do tăng tiết androgen từ một khối u hoặc từ một vỏ thượng thận tăng sản.
 - Triệu chứng lâm sàng:
 - + Ở phụ nữ có các dấu hiệu nam hoá do vỏ thượng thận, thường gặp vào khoảng tuổi 40 với các biểu hiện thường gặp là:
 - Rậm lông tóc.
 - Có sự biến đổi hình thái học kiểu đàn ông (dạng nam).
 - Vô kinh, phì đại âm vật.
 - Teo tử cung, âm đạo, vú.
 - Giọng trầm, phì đại cơ.
 - Thay đổi tâm lý, có thể đảo nghịch bản năng sinh dục.
 - + Ở đàn ông: các khối u hầu như không có khả năng gây ra tăng nam hoá.

- Hội chứng nữ hoá:
 - Nguyên nhân gây bệnh: do các khối u nữ hoá ở vỏ thượng thận, là bệnh gặp, thường là khối u ác tính.
 - Triệu chứng lâm sàng:
 - + Ở đàn ông: hội chứng nữ hoá có kèm theo
 - Chứng vú to cả hai bên.
 - Teo tinh hoàn.
 - Thoái triển các giới tính phụ.
 - Mất tinh dục.
 - + Ở phụ nữ: các khối u hầu như không có khả năng gây tăng tiết folliculin.

d. Thể bệnh trung gian giữa hội chứng sinh dục - thượng thận và hội chứng Cushing

Có các dấu hiệu lâm sàng như sau:

- Hội chứng sinh dục - thượng thận.
- Tăng huyết áp.
- Giảm dung nạp carbon hydrat.
- Có thể xuất hiện vết rạn ở da và chứng loãng xương.

4. Chẩn đoán phân biệt

- a. Các thể bệnh trước dậy thì:* cần chẩn đoán phân biệt với
- Hội chứng Cushing: có những thể hội chứng Cushing gần với hội chứng sinh dục - thượng thận. Thông thường, trong hội chứng Cushing không có chứng nam hoá.
 - Dậy thì sớm.

b. Các thể bệnh sau dậy thì

Cần chẩn đoán phân biệt với:

- Rối loạn buồng trứng: chú ý đến các bệnh u buồng trứng dạng tinh hoàn và hội chứng Stein - Leventhal.
- Rối loạn vùng dưới đồi - tuyến yên: chú ý đến bệnh to cực.
- Chứng rậm lông tóc đơn thuần.

Cần chú ý rằng chứng rậm lông tóc ở phụ nữ không phải do nguyên nhân nội tiết.

5. Tiên lượng

Tiên lượng khác nhau trong từng thể bệnh.

- Thể bẩm sinh: cắt bỏ sớm một khối u có thể làm thuyên giảm mọi rối loạn.
- Thể bệnh tăng sản tuyến thượng thận: dùng corticoid có thể làm thuyên giảm bệnh trong một thời gian dài.
- Thể bệnh sau dậy thì: cắt bỏ sớm một khối u cho ta tiên lượng tốt vì các di căn xuất hiện muộn.
- Chứng nam hoá lâu ngày: mọi trị liệu đều không có kết quả.

6. Điều trị

a. Trường hợp tăng sản

Dùng cortison với liều lượng tấn công 100mg/24h tiêm bắp thịt; liều lượng duy trì là:

- 2 - 3mg/24h ở trẻ em.
- 5 - 8mg/24h ở người lớn.

b. Trường hợp khối u

Phẫu thuật cắt bỏ khối u.



HỘI CHỨNG PHÌ - SINH DỤC

Hội chứng phì - sinh dục còn gọi là loạn dưỡng - phì sinh dục hay là hội chứng Babinski - Fröhlich.

1. Định nghĩa

Hội chứng phì - sinh dục có đặc điểm là một chứng béo phì đặc biệt và giảm năng sinh dục.

Đây là bệnh hiếm gặp, thường khởi phát vào tuổi dậy thì.

2. Nguyên nhân

a. Khối u tuyến yên

– Giảm năng tuyến sinh dục: do tổn thương thùy trước tuyến yên.

– Hội chứng giao thoa thần kinh thị giác.

– Béo phì: do tổn thương các trung tâm ở vùng dưới đồi thị.

b. Tổn thương khác ở tuyến yên: hiếm gặp.

– U nang.

– Hoại tử do tắc mạch.

– Xơ cứng do viêm.

– Chấn thương vùng dưới đồi thị.

3. Triệu chứng lâm sàng

a. Béo phì

– Béo phì ở mặt trước cổ, ngực, bụng và gốc tứ chi; không béo phì ở gáy.

– Chứng béo không đau.

– Da ở những chỗ béo phì thì mỏng và mềm.

b. Hội chứng sinh dục

- Vô kinh ở phụ nữ hoặc liệt dương ở nam giới.
- Chứng ản tinh hoàn: hay gặp.
- Các giới tính phụ: ít hoặc không phát triển.

c. Các biến đổi hình thái học

- Tầm vóc thường nhỏ bé.
- Có tật gù cong lõm ngoài.

4. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán loạn dưỡng phi - sinh dục được đặt ra khi gặp một chứng béo phì trước tuổi dậy thì đơn thuần.

5. Điều trị

- Áp dụng phẫu thuật trong trường hợp khối u hố yên hoặc trên hố yên.
- Điều trị giảm năng tuyến sinh dục.

GIẢM NĂNG TINH HOÀN

1. Nguyên nhân

Giảm năng tinh hoàn có đặc điểm là một tổn thương chủ yếu chức năng nội tiết của tinh hoàn. Chức năng này được các tế bào Leydig (còn gọi là tế bào kê) đảm nhiệm, cho nên giảm năng tinh hoàn có biểu hiện ra bằng những dấu hiệu của trạng thái hoạn nhẹ. Trong các thể bệnh này, quá trình tạo tinh trùng bị giảm sút.

a. Giảm năng nguyên phát từ tinh hoàn

Bệnh thường do các nguyên nhân sau:

- Bất phát duct tinh hoàn: bệnh được phát hiện ra nhân dịp mổ ấn tinh hoàn.
- Viêm tinh hoàn: thường do bệnh quai bị, bệnh do Brucella, bệnh lao.
- Chấn thương: thủ thuật cắt bỏ ung thư.
- Bức xạ: tia X hoặc phóng xạ.

b. Giảm năng tinh hoàn gốc tuyến yên

Thể bệnh này là thứ phát sau giảm năng thủy trước tuyến yên kèm theo giảm hormon hướng sinh dục.

Các nguyên nhân tuyến yên gây giảm năng tinh hoàn thường gặp là:

- Rối loạn di truyền.
- Liệu pháp quang tuyến sâu.
- Liệu trình hormon sinh dục kéo dài.
- Sự giảm hormon tuyến yên trong cơ thể.
- Đói kém.

c. Giảm năng tinh hoàn không có trạng thái hoạn nhẹ

Trong các thể bệnh này, quá trình tạo tinh trùng bị vi phạm không kèm giảm tiết hormon tinh hoàn.

2. Triệu chứng

a. Giảm năng tinh hoàn trước dậy thì

Dù là bất phát duct tinh hoàn (bất sinh) hoặc hoạn hai bên trước dậy thì (viêm tinh hoàn bức xạ, can thiệp phẫu thuật) nhưng chính tuổi dậy thì là lúc mà các dấu hiệu lâm sàng xuất hiện:

- Dương vật, bìu và tuyến tiền liệt không phát triển.
- Tinh hoàn nhỏ hoặc không có.
- Các đặc tính sinh dục phụ như: hệ lông phân bố theo kiểu nam giới, vỡ tiếng, hệ cơ phát triển, dục tính... không xuất hiện.
- Các sụn liên hợp lưu tồn bất thường gây ra sự phát triển chiều dài quá mức của các xương dài dễ gây nên tứ chi dài.
- Lông ngực và hai vú hẹp.
- Háng rộng ra nhiều.
- Có thể chứng béo phì kết hợp.

b. Giảm năng tinh hoàn sau dậy thì

Các dấu hiệu lâm sàng không nặng như thể bệnh giảm năng tinh hoàn trước dậy thì:

- Teo hoặc giảm sản các cơ quan sinh dục và tuyến tiền liệt.
- Hệ lông mọc không nhanh và có xu hướng được phân bố theo kiểu nữ giới.
- Dục tính giảm hoặc mất.
- Không có lông ở đối bình tại.

c. Rối loạn tạo tinh trùng mà không có trạng thái hoạn nhẹ: được quan sát thấy trong hội chứng ẩn tinh hoàn.

d. Giảm năng tinh hoàn kết hợp với một bệnh tuyến nội tiết đã rõ ràng

Gặp trong các bệnh:

- Giảm năng toàn bộ tuyến yên.

- Bệnh to cục.
- Hội chứng khổng lồ.

3. Điều trị

a. Liệu pháp thay thế

Dùng testosterone và các dẫn xuất.

b. Liệu pháp kích thích bằng các hormon hướng sinh dục

Liệu pháp này được chỉ định trong trường hợp giảm năng tinh hoàn thứ phát sau giảm năng thùy trước tuyến yên.

Dùng hormon hướng sinh dục với liều lượng từ 500 đơn vị đến 1000 đơn vị x 2 lần/tuần lễ (chủ yếu cho người bệnh trẻ chưa quá 20 tuổi).

KHOÍ U TINH HOÀN

1. Phân loại khối u tinh hoàn

Các khối u tinh hoàn sau đây có thể có một hoạt động nội tiết.

a. U quái

U quái có đặc điểm:

- Xảy ra ở bất cứ lứa tuổi nào.
- Các thể ác tính đôi khi có tác dụng nữ hoá và có thể cho những thử nghiệm sinh vật học thai nghén dương tính.

b. U tinh

Đặc điểm:

- Là u tinh hoàn hay gặp nhất.
- Quan sát thấy chủ yếu ở người đứng tuổi.
- các khối u này không có hoạt động nội tiết.
- Di căn của u tinh ít gặp và xuất hiện không sớm so với các u tinh hoàn khác.

c. *Ung thư rau*: có các đặc điểm sau

- Quan sát thấy ở bất cứ lứa tuổi nào.
- Loại u này có tính chất ác tính.

Có tác dụng nữ hoá và cho những thử nghiệm thai nghén dương tính.

d. *Khối u các tế bào Leydig*

Có đặc điểm:

- Hiếm gặp.
- Gây ra dậy thì sớm ở trẻ em.
- Làm tăng giới tính nam ở người lớn, hãn hữu mới có tác dụng nữ hoá.

e. *Khối u các tế bào sertoli*

Đặc điểm:

- Có tính chất ngoại lệ.
- Sản xuất các oestrogen.
- Có tác dụng nữ hoá.

2. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định khối u tinh hoàn dựa vào các dấu hiệu lâm sàng sau đây:

- Khối rắn, nhẵn và không đau ở trong bìu.
- Hạch bẹn bị sưng.

3. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt khối u tinh hoàn với:

- Tràn dịch tinh mạc.
- Tràn dịch tinh mạc.
- Lao tinh hoàn.

Ở trẻ em, nếu có dấu hiệu của dậy thì sớm thì phải tìm nguyên nhân gây bệnh để phát hiện khối u các tế bào kẽ Leydig.

4. Điều trị

- Phẫu thuật cắt bỏ khối u.
- Trị liệu bằng tia X được áp dụng tiếp theo.

HỘI CHỨNG ẪN TINH HOÀN

1. Định nghĩa

Hội chứng ản tinh hoàn là hội chứng thiếu một hoặc hai tinh hoàn ở trong bìu.

2. Nguyên nhân

Những yếu tố chỉ phối sự di chuyển của tinh hoàn có thể gặp:

- Những yếu tố phôi học và giải phẫu học.
- Yếu tố hormon: người ta đã biết chắc chắn là có sự liên quan của các androgen và các hormon hướng sinh dục.
- Dị tật có thể xảy ra ở một bên hoặc hai bên.

Tinh hoàn ẩn có thể:

- Ở lại trong khoang bụng hoặc trong ống bẹn.
- Đi lệch đường ở trước hoặc sau ống bẹn và ở vào một vị trí lạc chỗ (thành bụng, đáy chậu).

3. Triệu chứng

Có các dấu hiệu lâm sàng sau:

- Trước tuổi dậy thì: thiếu một hoặc hai tinh hoàn ở trong bìu là triệu chứng duy nhất của chứng ẩn tinh hoàn.
- Sau khi dậy thì: có thể có những dấu hiệu giảm năng tinh hoàn.
- Tinh hoàn ẩn thường có khối u ác tính.
- Trong một số trường hợp: chứng ẩn tinh hoàn chỉ là một trong các triệu chứng của một rối loạn tuyến nội tiết phức tạp, là trạng thái hoạn nhẹ nguyên phát hay thứ phát hoặc hội chứng phi - sinh dục.

4. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với:

- Tinh hoàn di động: tinh hoàn đã xuống bìu, nhưng có khả năng co rút vào trong ống bẹn, nhất là ở tư thế nằm.
- Chứng teo tinh hoàn:
 - + Trong trường hợp teo cả hai tinh hoàn: các hormon hướng sinh dục tăng lên.
 - + Trong trường hợp teo một tinh hoàn: trong tiền sử bệnh có thể thấy một chấn thương hoặc viêm tinh hoàn.

5. Điều trị

a. Điều trị nội khoa

- Dùng các hormon hướng sinh dục màng đệm với liều lượng 500 đơn vị, mỗi tuần 2 - 3 lần trong 1 - 2 tháng. Phải ngừng thuốc nếu thấy xuất hiện những dấu hiệu dậy thì sớm.
- Tiến hành điều trị trong khoảng thời gian từ 4 đến 8 tuổi.
- Kết quả liệu pháp này chỉ làm di chuyển tình hoàn khoảng 10% các trường hợp.

b. Điều trị phẫu thuật: dùng thủ thuật cố định tình hoàn.

TĂNG TIẾT FOLLICULIN

Tăng folliculin là thừa các oestrogen.

1. Trước dậy thì

a. Nguyên nhân

- Khối u ở lớp hạt của buồng trứng: do trạng thái thừa oestrogen. Bệnh gây ra dậy thì sớm giả mà không có rụng trứng.
- Dậy thì sớm do thể tạng: xảy ra khi buồng trứng bắt đầu hoạt động một cách bình thường trước tuổi thông thường.

Đặc điểm:

- + Trạng thái này hay gặp ở em gái hơn so với em trai.
- + Trạng thái này có thể biểu hiện ra ngay khi mới lên 2 tuổi.
- + Có những triệu chứng của dậy thì bình thường, nhưng sớm.

b. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

- Một số nguyên nhân cơ quan.
- Khối u buồng trứng.

c. Điều trị

- Ổn định tâm lý cha mẹ.
- Liệu pháp tâm thần đối với đứa trẻ.

2. Sau dậy thì

Trạng thái thừa oestrogen gây ra hai hiện tượng:

- Hiện tượng thần kinh thực vật: xem ở phần hội chứng căng thẳng tiền kinh nguyệt.
- Hiện tượng sung huyết và chảy máu: xem ở phần viêm nội mạc tử cung chảy máu và khối u buồng trứng.

BƯỚU GIÁP

1. Định nghĩa

Bướu giáp là một khối u tuyến giáp lành tính do tăng sản mô tuyến.

2. Hoàn cảnh xuất hiện

Bướu giáp xảy ra ở phụ nữ nhiều hơn ở nam giới từ 5 đến 10 lần.

Bướu giáp đơn phát chủ yếu được thấy ở tuổi dậy thì, thời kỳ thai nghén, tiết sữa và sau tuổi mãn kinh.

3. Nguyên nhân

Các nguyên nhân gây bệnh có thể gặp:

- Thiếu iod tương đối: do tăng nhu cầu của cơ thể như dậy thì, thai nghén, tiết sữa.
- Thiếu iod tuyệt đối: lượng iod thiếu do trong nước có chứa những chất làm rối loạn chuyển hoá iod. Một số thức ăn như bắp cải, củ cải, cà rốt, củ cải đỏ cũng có thể gây tình trạng thiếu iod.
- Tác dụng của các thủ thuốc gây bướu giáp: các thuốc natri sulfocyanat, acid paraamino salicylic, thuốc kháng tuyến giáp tổng hợp.
- Rối loạn tổng hợp hormon bẩm sinh: khi có một giai đoạn trong quá trình tổng hợp hormon bị rối loạn, hormon tuyến giáp bị thiếu hụt cho nên tuyến giáp to ra do tăng sản xuất kích thích giáp tố.

4. Triệu chứng

Các dấu hiệu lâm sàng thường gặp:

- Phần dưới cổ bị rộng ra.
- Da di động, da ở bên trên vẫn có màu sắc bình thường.
- Khối u có vị trí ở dưới sụn nhẫn và ở trên chạc ức. Khối u di động sang hai bên và đi theo các động tác lên của thanh quản khi nuốt.
- Các dấu hiệu chức năng:
 - + Người bệnh có một chức năng tuyến giáp bình thường.
 - + Chuyển hoá cơ bản bình thường hoặc giảm ít.
 - + Có thể có dấu hiệu loạn trương lực thần kinh thực vật.

5. Các thể bệnh theo định khu

a. Bướu giáp chìm

Đặc điểm:

- Khi nuốt, cổ ở tư thế uốn, bướu giáp không ra khỏi hân bên ngoài lồng ngực.

- Bướu giáp chìm có thể gây ra những dấu hiệu đè ép sớm.

b. Bướu giáp trong ngực

- Có thể ở giữa hoặc sau xương ức; ở bên hoặc sau xương đòn.

- Vị trí không liên quan với tuyến giáp, có thể gây ra đè ép trung thất.

- Bướu giáp ở gốc lưỡi: gây dấu hiệu khó nuốt.

- Bướu giáp ở hai bên cổ: có thể chẩn đoán lầm là những hạch sưng.

- Bướu giáp ở bên trong khí quản: có dấu hiệu khó thở kịch phát.

6. Biến chứng

a. Rối loạn do đè ép

Do hai nguyên nhân:

- Bướu giáp lạc chỗ và trong ngực.

- Do biến chứng xuất hiện ngay trên bướu giáp: chảy máu, viêm tuyến giáp, thoái hoá ác tính.

b. Các rối loạn tuyến giáp

Các rối loạn gây biến chứng:

- Tăng năng tuyến giáp hoặc chuyển hoá thành bệnh Basedow: do tổ chức tế bào không thuộc tuyến giáp tăng hoạt lực.

- Giảm nang tuyến giáp: có thể gây nên
 - + Bướu giáp phù niêm thông thường, có dấu hiệu lâm sàng: người bệnh dễ mệt mỏi, phù da và niêm mạc, có dấu hiệu tim mạch của bệnh phù niêm như mạch chậm, đau thắt ngực, tràn dịch màng tim, lưu lượng tim giảm.
 - + Bướu giáp của chứng độn phong thổ do thiếu iod: bệnh cảnh lâm sàng giống như chứng độn do thiếu tuyến giáp (lùn, tú chi ngắn, phù da niêm mạc, thoát vị rốn, tâm thần tri trệ). Có thể thể hiện dấu hiệu thần kinh: động kinh, điếc, câm. Bướu giáp thường phát sinh lúc dậy thì, to dần và gây ra những dấu hiệu chèn ép. Có thể gặp những tổn thương ở các tuyến nội tiết khác (như: tuyến yên, tuyến sinh dục) cùng các tổn thương thần kinh (như: động kinh, điếc - câm).
- c. Những biến chứng có vị trí ở ngay trong bướu giáp*
 - Chảy máu kê: có thể tự nhiên xảy ra hoặc bướu giáp đột ngột to ra.
 - Viêm tuyến giáp cấp hoặc bán cấp.
 - Thoái hoá ác tính: có dấu hiệu
 - + Bướu giáp to ra và cứng rắn.
 - + Có dấu hiệu đè ép.
 - + Có thể gặp di căn ở phổi hoặc ở xương.

7. Điều trị

Phương pháp điều trị tùy thuộc vào từng loại thể bệnh:

- Thể bướu giáp lan toả không quá to và không có triệu chứng lâm sàng: dùng các loại thuốc

- Dung dịch lugol với liều lượng V - XXX giọt/24h, dùng 2-3 tuần lễ/1 tháng.
- Thyroxin: 50mg/viên x 1/2 - 1 viên/24h.
- Thể bướu giáp tròn hoặc bướu giáp lan toả to: dùng liệu pháp phẫu thuật.

BỆNH BA-ZƠ-ĐÔ (BASEDOW)

Bệnh Basedow cùng nghĩa với tăng năng tuyến giáp, nhiễm độc giáp tố, bướu giáp lồi mắt: bệnh Graves.

1. Định nghĩa

Bệnh Basedow là tăng hoạt động và tăng tiết tuyến giáp, thường kết hợp với phì đại hoặc tăng sản tuyến giáp.

2. Hoàn cảnh xuất hiện

Bệnh thường xảy ra:

- Ở phụ nữ.
- Trong tuổi dậy thì hoặc lúc mãn kinh hoặc khi thai nghén.

3. Nguyên nhân

Chưa được biết rõ ràng, có thể do hai nguyên nhân:

- Tăng sản xuất kích giáp tố tuyến yên.
- Tăng sản xuất hormon tuyến giáp độc lập với kích giáp tố.

4. Triệu chứng lâm sàng

Có các dấu hiệu lâm sàng:

- Bướu giáp:
 - + Trong thể bệnh điển hình: bướu giáp căng mọng, đàn hồi, không đau, di động theo nhịp thở.
 - + Thể bệnh không điển hình: tăng sản khu trú ở một hoặc nhiều nhân u tuyến (u tuyến độc).
- Rối loạn tim mạch: có các dấu hiệu
 - + Tim đập nhanh do xoang, đánh trống ngực.
 - + Loạn nhịp.
 - + Áp lực động mạch bình thường hoặc tăng áp lực tâm thu.
 - + Tim dễ bị kích thích: tiếng tim thứ nhất đập mạnh hoặc có tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim.
 - + Suy tim: gặp ở người cao tuổi.
- Mất ngủ và các dấu hiệu ở mắt:

Chứng lồi mắt có các dấu hiệu lâm sàng sau đây:

 - + Lồi mắt đối xứng, cả hai bên.
 - + Mi mắt dưới hơi mọng và đôi khi bị lộn.
- Run tay: khi người bệnh giữ thẳng tay thì dấu hiệu run tay thể hiện rõ ràng. Run tay nặng thêm khi người bệnh xúc động.
- Các dấu hiệu khác:
 - + Dấu hiệu toàn thân: gầy sút, sốt nhẹ.
 - + Rối loạn tiêu hoá:
 - Chán ăn.
 - Tiêu chảy kéo dài.

- + Rối loạn thần kinh:
 - Run tay, bủn rủn hai chân.
 - Rối loạn vận mạch: có cơn bốc hỏa, sợ nóng.
 - Ra mồ hôi.
- + Rối loạn tâm thần:
 - Tình cảm thay đổi.
 - Lo lắng, u sầu.
- + Rối loạn cơ:
 - Suy nhược cơ kèm theo bủn rủn hai chân.
 - Teo cơ có thể xảy ra.
- + Rối loạn xương: mất vôi ở xương, đôi khi có loãng xương nặng.
- + Rối loạn sinh dục: liệt dương. Ở nữ giới có biểu hiện vô kinh hoặc kinh đau.
- + Rối loạn da: có các dấu hiệu
 - Rụng tóc lan toả.
 - Mi mắt nhiễm sắc tố.
 - Lang trắng, da nóng.
 - Tăng tiết mồ hôi.
- + Phù hai chi dưới: phù niêm khu trú trước xương chày.

5. Các thể lâm sàng học

a. Ở trẻ em

Bệnh Basedow hiếm gặp ở trẻ em. Thể này bao gồm các dấu hiệu lâm sàng như sau:

- Gãy sút.
- Nhịp tim nhanh.
- Rối loạn tâm thần: bệnh thường nhẹ, có thể thuyên giảm tự nhiên.
- Dấu hiệu "lồi mắt" ít khi gặp.

b. Ở người cao tuổi

- Triệu chứng lâm sàng lu mờ.
- Biến chứng tim là dấu hiệu nổi bật.

c. Thể cấp tính

Hiếm gặp, có đặc điểm sau:

- Bệnh khởi phát do một chấn thương tâm thần hoặc chấn thương thực thể. Thường do thủ thuật cắt bỏ toàn phần tuyến giáp.
- Người bệnh có trạng thái mê sảng và sốt.
- Tim đập nhanh.
- Nôn và tiêu chảy.
- Cơ vân bị suy yếu nặng.

6. Tiến triển

Có các đặc điểm:

- Bệnh Basedow tiến triển theo từng đợt.
- Các đợt tiến triển xuất hiện không do nguyên nhân nào rõ ràng hoặc sau khi có chấn thương tâm thần hoặc chấn thương thực thể.
- Bệnh có triệu chứng nặng thêm lên có thể xảy ra trước thời gian hành kinh.

- Thai nghén có thể làm cho bệnh Basedow thêm trầm trọng.

7. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng:

- Suy nhược, gầy sút, ra mồ hôi, lo lắng, tiêu chảy.
- Mạch nhanh, tay run, da nóng và ẩm ướt.
- Mắt lồi.
- Bướu giáp: có thể biểu hiện kín đáo.
- Tăng chuyển hoá cơ bản.

8. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Lao phổi ở thời kỳ đầu tiên.
- Loạn thần kinh chức năng: lo lắng và loạn trương lực thần kinh thực vật: có các dấu hiệu lâm sàng:
 - + Mạch nhanh.
 - + Run khi xúc động.
 - + Mắt long lanh.
- Suy tim: nếu suy tim là hậu quả của bệnh tim trái thì có thể làm cho chuyển hoá cơ bản tăng lên. Khó phân biệt với tăng năng tuyến giáp trong trường hợp này.
- Viêm tuyến giáp cấp hoặc bán cấp tính:
 - + Viêm tuyến giáp cấp tính:
 - Thường xảy ra ở một số bướu giáp đã có sẵn.
 - Nhiễm khuẩn bắt nguồn từ các đường dẫn không khí trên hoặc từ ổ miệng.

- Dấu hiệu lâm sàng có đặc điểm: biểu hiện bằng một bướu giáp sưng đau và có thể biến thành viêm mô tuyến giáp (có triệu chứng lâm sàng: sốt cao, đau dữ dội, khó nuốt, tăng bạch cầu).

+ Viêm tuyến giáp bán cấp tính:

Có dấu hiệu lâm sàng:

- Sốt nhẹ và tăng bạch cầu.
- Bướu giáp vừa phải, lan toả, rắn, khá đau, đôi khi có dấu hiệu đè ép.

- Chứng nhược cơ nặng:

Có dấu hiệu:

- + Giống như bệnh cơ do bệnh Basedow.
- + Chuyển hoá cơ bản (chuyển hoá cơ sở) không tăng.

9. Điều trị

a. Các kháng tuyến giáp tổng hợp

- Thiouracil (hoặc: propyl, benzyl hoặc methyl) với liều lượng:
 - + 0,2g/24h trong 15 ngày đầu.
 - + 0,15g/ngày trong 15 ngày tiếp theo.
 - + Từ 0,025g/24h đến 0,1g/24h trong liều duy trì.
- Chất kháng tuyến giáp mạnh: có thể dùng methyl - meccapto - imidazol với liều lượng:
 - + Liều tấn công: 0,01g - 0,03g/ngày.
 - + Liều duy trì: 0,005 - 0,015g/ngày.

b. Iod (i-ốt)

Dùng dung dịch lugol mạnh với liều lượng XXX - XL giọt/ngày, chia làm 3 - 4 lần trong ngày.

c. Thủ thuật cắt bỏ gần hoàn toàn tuyến giáp

Thủ thuật này được áp dụng để điều trị u ác tính của tuyến giáp hoặc u độc của tuyến giáp.

d. Iod phóng xạ

Phương pháp này tốt nhất và có chống chỉ định tuyệt đối là thai nghén.

e. Điều trị toàn thân

- + Nghỉ ngơi.
- + Dùng thuốc an thần.
- + Chế độ ăn chứa nhiều calo và vitamin.

f. Điều trị suy tim

Sử dụng các phương pháp thông thường.

VIÊM TUYẾN GIÁP

1. Phân loại

a. Viêm tuyến giáp cấp tính

Bệnh này ít gặp.

– Nguyên nhân:

- + Thường xảy ra ở một bướu giáp đã sẵn có.
- + Nhiễm khuẩn bắt nguồn từ các đường dẫn không khí trên hoặc từ ổ miệng.
- + Có thể xuất hiện sau một bệnh nhiễm khuẩn lan ra khắp cơ thể.

- Triệu chứng lâm sàng:
 - + Bướu giáp sưng đau.
 - + Có thể xuất hiện viêm mủ tuyến giáp với dấu hiệu lâm sàng như sau:
 - Sốt cao, tăng bạch cầu.
 - Đau dữ dội.
 - Khó nuốt.
- Điều trị:
 - + Dùng thuốc giảm đau.
 - + Đắp nước đá lên tuyến giáp.
 - + ACTH và corticoid có tác dụng nhanh trên các dấu hiệu lâm sàng chủ quan.

b. Viêm tuyến giáp bán cấp tính

Tiến triển lâm 2 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: có dấu hiệu nhiễm khuẩn.
- Giai đoạn 2: tuyến giáp có hiện tượng sưng, rắn và đau.

Trong trường hợp này, cần chẩn đoán phân biệt với ung thư tuyến giáp.

c. Viêm tuyến giáp mạn tính

- Thể bệnh đặc thù (do lao, giang mai): hiếm gặp.
- Thể bệnh không đặc thù: chẩn đoán khó khăn. Có thể khó phân biệt với các bệnh Hashimoto (viêm tuyến giáp u lympho bào) và bệnh Riedel (viêm tuyến giáp thể hờn có dấu hiệu rất cứng tại vị trí của tổn thương).

2. Điều trị

a. Các thể bệnh bán cấp

Prednisolon với liều lượng 15 - 30mg/24h trong 3 tuần lễ.

b. Bệnh Hashimoto

- Dùng cao tuyến giáp trong trường hợp giảm năng tuyến giáp.
- Các corticoid có ít hiệu lực.

c. Bệnh Riedel

- Phẫu thuật cắt bỏ.
- Sau phẫu thuật: dùng cao tuyến giáp.

BỆNH ĐÁI THÁO NHẠT (Diabete insipide)

1. Đặc điểm

- Tiểu tiện thường xuyên hoặc nhất thời với lượng nước tiểu nhiều.
- Nước tiểu có tỷ trọng thấp, không có albumin và không chứa glucose.

Nguyên nhân là do tổn thương của hệ thần kinh - hormon thủy sau tuyến yên - vùng dưới đồi, có kèm thiếu hormon chống bài niệu.

2. Hoàn cảnh xuất hiện

Là bệnh hiếm gặp của người lớn trẻ tuổi.

3. Nguyên nhân

Các nguyên nhân gây bệnh có thể gặp là:

- Khối u não trung gian - tuyến yên.
- Viêm màng nhện ở đáy não hoặc vùng giao thoa thị giác.
- Viêm do lao, do nhiễm khuẩn ở đáy não.
- Chấn thương sọ, điện giật.
- Rối loạn tuần hoàn: chảy máu dưới màng nhện.
- Thể bệnh di truyền, đôi khi kết hợp với hội chứng Laurence - Monn Biedl (hội chứng này có triệu chứng lâm sàng là đần, tật thừa ngón, chứng béo phì, giảm năng tuyến sinh dục, viêm vòng mạc sắc tố).
- Thể bệnh tự phát: không có nguyên nhân rõ ràng. Đây là thể bệnh hay gặp nhất.

4. Triệu chứng lâm sàng

Tuỳ theo nguyên nhân, khởi đầu của bệnh có thể đột ngột (do chấn thương) hoặc âm ỉ.

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là:

- Tiểu tiện nhiều:
 - + Người bệnh đi tiểu nhiều (trung bình lượng nước tiểu 5 - 8 lít một ngày).
 - + Nước tiểu nhạt màu, không chứa đường glucose và albumin. Tỷ trọng của nước tiểu thay đổi từ 1,001 đến 1,005.
 - + Tiểu tiện tăng lên một cách rõ rệt vào ban đêm.
 - + Uống ít nước cũng không làm giảm mức bài niệu.
- Khát nhiều: xảy ra thứ phát sau triệu chứng tiểu tiện nhiều.

Người bệnh có cảm giác khát thường xuyên không sao thoả mãn được. Cảm giác khát nước tăng lên khi người bệnh hạn chế uống.

- Có dấu hiệu mất nước ở cơ thể.
- Có dấu hiệu khô u hoặc dấu hiệu tổn thương nội sọ.
- Bệnh thuyên giảm nếu được điều trị bằng cao thủy sau tuyến yên.

5. Chẩn đoán nguyên nhân

Phát hiện quá trình bệnh lý nội sọ bằng các phương pháp: khám thần kinh, khám đáy mắt, khám hai thị trường, chọc tủy sống.

Ngoài ra còn dùng kết quả của xét nghiệm điện não đồ và chụp X quang sọ.

6. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Bệnh tiểu đường: có đường glucose trong nước tiểu.
- Bệnh thận mạn tính: có dấu hiệu
 - + Tiểu tiện nhiều.
 - + Có albumin trong nước tiểu.
- Triệu chứng tiểu tiện nhiều thứ phát sau chứng cuồng uống. Chứng cuồng uống thường gặp ở người khát nước do tâm thần.

Thử nghiệm thăm dò đặc biệt chức năng thủy sau tuyến yên bằng cách cho người bệnh dùng cao thủy sau tuyến yên thì hạn chế được khát nước ở người cuồng uống.

7. Điều trị

a. Phẫu thuật hoặc liệu pháp quang tuyến: để điều trị tổn thương nội sọ.

b. Cao thủy sau tuyến yên

- Chất thúc đẻ (cao thủy sau tuyến yên): tiêm dưới da hoặc bắp thịt 10 - 20 đơn vị quốc tế (UI). Có thể tiêm 2 - 4 lần mỗi ngày.
- Cao thủy sau tuyến yên muộn: tiêm 0,5 - 1ml pitrexin tanat một lần trong 24 giờ - 48 giờ vào buổi tối trước khi đi ngủ.

Ghi chú: bệnh đái tháo nhạt có thể còn do nguyên nhân rối loạn tái hấp thụ nước ở ống thận. Đó là bệnh đái tháo nhạt do thận.

Cao tuyến yên không có tác dụng điều trị bệnh đái tháo nhạt do thận.

UNG THƯ TUYẾN GIÁP

1. Hoàn cảnh xuất hiện

- Sự thoái hoá ác tính của tuyến giáp thường xảy ra trong trường hợp bướu giáp đơn thuần.
- Hiếm gặp ung thư tuyến giáp khi có những dấu hiệu giảm năng tuyến giáp.
- Thường gặp ở người lớn trẻ tuổi hoặc người tiếp xúc với tia bức xạ.

2. Triệu chứng lâm sàng

Những dấu hiệu lâm sàng thường gặp:

- Tuyến giáp to và cứng như gỗ.
- Đau ở vị trí tổn thương.
- Có dấu hiệu đè ép hoặc rối loạn phát âm.
- Sưng hạch cổ ở giai đoạn nặng.
- Đôi khi, khối u biểu lộ bằng di căn ung thư ở xương và phổi.

3. Chẩn đoán bệnh

a. Chẩn đoán xác định

Căn cứ vào phương pháp sờ nắn tuyến giáp.

b. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

- Xuất huyết ở trong một bướu giáp.
- Viêm tuyến giáp cấp và bán cấp tính.

4. Điều trị

Các phương pháp điều trị được áp dụng:

- Phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp.
- Liệu pháp iod phóng xạ được áp dụng khi không thể phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp được.

5. Phòng bệnh

- Nên cắt bỏ bán phần tuyến giáp trong trường hợp bướu giáp có một hòn duy nhất.
- Cắt bỏ gần hoàn toàn bướu giáp trong trường hợp bướu giáp có nhiều hòn.

GIẢM NĂNG TUYẾN CẬN GIÁP

1. Đặc điểm

Giảm năng tuyến cận giáp có đặc điểm là: tăng khả năng kích thích thần kinh và cơ (dấu hiệu của bệnh tetani), những rối loạn tâm thần. Trong các thể bệnh mạn tính thường có những hư biến ở da, móng tay, móng chân và răng.

2. Nguyên nhân

Do các nguyên nhân:

- Thủ thuật cắt bỏ tuyến giáp hoặc cắt bỏ tuyến cận giáp vì bệnh u tuyến.
- Giảm năng tuyến cận giáp nhất thời ở trẻ mới đẻ hoặc trong khi thai nghén.
- Chảy máu hoặc bệnh lao ở tuyến cận giáp (hiếm gặp).
- Thể bệnh tự phát.

3. Triệu chứng

- Tăng khả năng kích thích thần kinh - cơ: giống như bệnh tetani.
- Trong các thể bệnh mạn tính: có các dấu hiệu lâm sàng
 - + Hư biến nhân cách.
 - + Có trạng thái ngủ lịm.
 - + Rối loạn thị giác do đục nhân mắt.
 - + Có biểu hiện lo lắng.
 - + Da khô.
 - + Rụng lông mi.

- + Móng tay và móng chân: mỏng và giòn.
- + Răng xấu (nếu người bệnh ở tuổi thơ ấu).

4. Điều trị

- Dùng thuốc điều trị như trong bệnh tê-tan
- Dùng morecal 0,25mg/viên với liều lượng 2 viên/24h (chia làm 2 lần).
- Hormon cận giáp trạng: có tác dụng ngăn hạn.

BỆNH TÊ-TAN

1. Định nghĩa

Tê-tan là một trạng thái tăng khả năng kích thích thần kinh - cơ, thường là thứ phát sau rối loạn chuyển hoá calci.

2. Hoàn cảnh xuất hiện

Bệnh tê-tan hay gặp ở trẻ em hơn là ở người lớn.

3. Nguyên nhân

a. Giảm calci huyết

Do các nguyên nhân:

- Giảm năng tuyến cận giáp:
 - + Giảm năng tuyến cận giáp tự phát: hiếm thấy trong thực tế lâm sàng.
 - * Nguyên nhân gây bệnh thường do:
 - Chảy máu.
 - Lao hoặc bệnh giang mai tuyến cận giáp.

- * Các dấu hiệu cận lâm sàng (xét nghiệm):
 - Giảm calci huyết.
 - Tăng phosphat huyết.
 - Giảm calci trong nước tiểu.
 - Giảm phosphat trong nước tiểu.
- + Giảm năng tuyến cận giáp giả:
 - * Các dấu hiệu thường gặp:
 - Có những cơn co giật kiểu tetani, đôi khi dạng động kinh.
 - Tâm thần trì độn.
 - Tầm vóc nhỏ bé.
 - Mặt tròn.
 - Các đốt xương bàn tay và bàn chân ngắn lại.
 - Giảm calci và tăng phosphat trong máu.
 - * Điều trị bệnh giảm năng tuyến cận giáp giả bằng calci và vitamin D.
- Đại tiện phân mỡ: do giảm mức tiêu calci.
- Trạng thái thiếu vitamin D: gặp trong bệnh tetani ở trẻ em (xem bài: bệnh còi xương).
- Giảm năng thận nặng và tăng urê trong máu:
 - + Mất calci trong giảm năng ống thận nhưng không giảm năng cầu thận. Ngoài ra còn gặp trong viêm thận.
 - + Tetani ít xảy ra vì có trạng thái nhiễm acid nên có thể làm giảm khả năng kích thích thần kinh - cơ.

b. Nhiễm kiềm

- Gặp trong các trường hợp: tăng thông khí.
- Dùng quá nhiều chất kiềm (natri bicarbonat).
- Do nôn gây hậu quả mất nhiều ion Cl^- .

c. Các thể bệnh khác

- Tê-tani thai nghén: thường xảy ra vào tháng thứ 5.
- Tê-tani xuất hiện trong các bệnh nhiễm khuẩn.
- Tê-tani độc (hiếm gặp) và do tăng kali (K^+) trong máu.

4. Triệu chứng

a. Bệnh tê-tani biểu hiện rõ ràng

Có các dấu hiệu lâm sàng sau:

- Co cứng các đầu chi: co cứng xảy ra đối xứng ở các đầu chi.
 - + Ở chi trên: có các dấu hiệu
 - Ngón tay duỗi thẳng, hơi gấp lại trên cổ tay.
 - Cổ tay nửa gấp, cẳng tay quay vào và nửa co.
 - Bàn tay nắm lại nửa chùng.
 - + Ở chi dưới: có dấu hiệu
 - Đùi và cẳng chân duỗi.
 - Bàn chân ở tư thế chân ngựa vằn vào trong, bàn chân kiễng.
 - Ngón chân co.
 - Hiếm xảy ra co cứng lan lên mặt: cười nhăn, khít hàm, mồm cá chép.

- Co thắt các nội tạng:

Chủ yếu gặp ở trẻ em với các dấu hiệu:

- + Co thắt thanh môn trọi lên khi hít hơi vào.
- + Co thắt dạ dày.

- Co giật: gặp triệu chứng co giật ở trẻ em.

Dấu hiệu co giật có thể xảy ra trước hoặc sau dấu hiệu co cứng, hoặc có thể xảy ra riêng lẻ.

- Chú ý: không có dấu hiệu Babinski khi thăm khám.

b. Bệnh tetani tiềm tàng hay là bệnh co cứng cơ

Có các dấu hiệu như sau:

- Dấu hiệu Chvostek: gõ vào điểm ở giữa đường từ mép tới gò má, ta thấy có dấu hiệu co các cơ ở chung quanh miệng cùng bên.

- Dấu hiệu Trousseau: khi thắt ga - rô ở cánh tay thì sẽ gây ra co cứng.

- Nghiệm pháp chủ ý thở sâu: ở người bệnh co cứng cơ, thở sâu khoảng từ 30 đến 50 lần là đủ để xuất hiện co cứng. Cần lưu ý rằng ở người bình thường thì phải thở sâu kéo dài mới khởi phát được cơn tetani.

5. Tiên lượng bệnh

- Tetani cấp tính rất ít khi gây tử vong.
- Tiên lượng xa: phụ thuộc vào nguyên nhân.

6. Điều trị

a. Các thể bệnh thứ phát

Cần phải điều trị nguyên nhân (do: nhiễm kiềm, tăng urê trong máu, đại tiện phân mỡ...).

Chế độ ăn cân bằng và chứa nhiều calci.

b. Giảm calci trong máu

- Muối calci: dùng calci lactat hoặc calci gluconat tiêm tĩnh mạch trong cấp cứu.

Trong liệu trình duy trì, cho người bệnh uống.

- Hormon tuyến cận giáp: được chỉ định chủ yếu trong điều trị giảm năng tuyến cận giáp cấp tính.

- Dihydrotachysterol (hay A.T.10): bắt đầu cho 5 - 10mg/24 giờ cho tới khi calci xuất hiện trong nước tiểu, sau đó thì giảm bớt liều lượng thuốc.

Dùng thuốc này đồng thời với việc cho uống calci và vitamin D.

- Vitamin D: 100000 - 200000 đơn vị trong một ngày. Dùng liều lượng vitamin D như trên trong những ngày đầu.

Điều trị bằng vitamin D hoặc A.T.10 dài hạn phải theo dõi đều đặn calci trong máu và calci trong nước tiểu để giữ ở mức bình thường.

- Benemid: dùng thuốc này trong giảm năng tuyến cận giáp vì nó có thể làm giảm tỷ lệ phospho trong máu.

Liều lượng: 0,5g x 4 lần/24 giờ.

PHÙ NIÊM

Phù niêm cùng nghĩa với giảm năng tuyến giáp.

1. Định nghĩa

Phù niêm là một trạng thái loạn dưỡng do thiếu năng tuyến giáp nguyên phát hoặc thứ phát.

2. Phân loại

Chúng này bao gồm các loại bệnh:

- Phù niêm ở người lớn:
 - + Gặp ở phụ nữ nhiều hơn ở nam giới khoảng 5-6 lần.
 - + Có thể gặp ở thời kỳ mãn kinh.
- Phù niêm ở trẻ em:
 - + Thể bẩm sinh: thường xuất hiện ở thời kỳ cai sữa.
 - + Thể mắc phải: thường xuất hiện ở trẻ lớn. Thể bệnh giống như phù niêm của người lớn.

3. Nguyên nhân

a. Ở người lớn

- Phù niêm nguyên phát (hay do tuyến giáp) thường do:
 - + Sau thủ thuật cắt bỏ gần hoàn toàn tuyến giáp.
 - + Viêm tuyến giáp cấp tính hoặc mạn tính.
 - + Tăng năng tuyến giáp lâu ngày.
- Phù niêm thứ phát (hay suy tuyến yên):

Có các dấu hiệu:

- + Tuyến giáp teo.
- + Phù hoặc hoại tử thùy trước tuyến yên.
- + Giảm năng tuyến thượng thận và tuyến sinh dục.

b. Ở trẻ em

- Thường gặp thể phù niêm bẩm sinh.

PHÙ NIÊM BẨM SINH

Phù niêm bẩm sinh còn được gọi là "giảm năng tuyến giáp bẩm sinh".

1. Phân loại theo nguyên nhân gây bệnh

a. Phù niêm do thiếu tuyến giáp

– Thiếu hoàn toàn tuyến giáp: thiếu tuyến giáp khởi phát trong đời sống nội tử cung, thường là trước tháng thứ 8. Đó là phù niêm bẩm sinh sớm hay còn gọi là chứng độn do thiếu tuyến giáp.

– Thiếu tuyến giáp tương đối: do có giảm năng tuyến giáp nặng dần lên và xuất hiện phù niêm bẩm sinh.

b. Phù niêm do rối loạn bẩm sinh về tổng hợp hormon tuyến giáp

Giảm năng tuyến giáp có kèm tăng sản tuyến giáp.

Rối loạn tạo hormon thường mang tính chất gia đình.

c. Phù niêm do các yếu tố ngoài tuyến giáp

- Phù niêm phong thổ hay còn gọi là chứng độn phong thổ: do thiếu iod trước khi sinh.

Hiện nay ít gặp thể phù niêm này do có biện pháp dùng muối có iod để phòng ngừa.

Có thể có biểu hiện bướu giáp hoặc không có bướu giáp.

- Phù niêm do người mẹ trong thời kỳ thai nghén sử dụng quá nhiều thuốc kháng tuyến giáp.

2. Triệu chứng lâm sàng của các thể bệnh

a. Phù niêm bẩm sinh sớm nặng hoặc chứng độn do thiếu tuyến giáp

Có các dấu hiệu lâm sàng thể hiện ra sau khi đứa trẻ cai sữa giữa tháng thứ 3 và tháng thứ 10.

- Lùn: đầu to, tứ chi ngắn và to.
- + Bụng căng.
- + Thoát vị rốn.
- Phù da - niêm mạc: mí mắt đầy, lưỡi đầy, môi đầy.
- Rối loạn cốt hoá: thóp hở, răng chậm mọc.
- Rối loạn trí tuệ: trẻ em bất động và vô tình cảm, tính tình hiền lành, chậm biết đi.
- Không phát triển sinh dục.
- Mạch chậm: giảm nhiệt độ, táo bón.
- Có thể có bướu giáp.

c. Các thể bệnh nhẹ

Có các dấu hiệu:

- Chậm hoạt động thể lực và tâm thần, chậm trí khôn.
- Chậm phát triển chiều cao và chậm phát triển xương (có kèm loạn sản đầu xương).
- Lạnh các đầu chi.

3. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

- Rối loạn tâm thần: gặp trong các chứng ngốc thanh manh (còn gọi là bệnh Tay-Sachs) hoặc chứng ngốc não.
- Lùn: gặp trong các bệnh
 - + Hội chứng Lorain - Levi: lùn cân đối.
 - + Bệnh ngắn xương chi.
 - + Bệnh còi xương, lùn thận, lùn do bệnh tim bẩm sinh, thiếu ăn.

4. Tiên lượng

- Tiến triển xấu trong trạng thái thiếu tuyến giáp.
- Tiến triển tốt trong các thể bệnh nhẹ hoặc bệnh được chữa sớm. Tuy nhiên, tầm vóc của người bệnh vẫn bé nhỏ, vẫn có hiện tượng chậm trí khôn.

5. Điều trị

- Cao tuyến giáp:
 - + Ở trẻ em còn bú: lúc đầu dùng liều lượng 0,01g - 0,015g. Sau đó tăng liều lượng từng nấc 0,01g cứ 3 tuần lễ một lần cho tới 0,06 - 0,075g vào khoảng 18 tháng và 0,12 - 0,15g vào khoảng 2 năm.
 - + Ở trẻ em từ 2 đến 3 tuổi: dùng liều lượng 0,01 - 0,02g/24h/năm tuổi.
 - + Ở trẻ em sau 3 năm tuổi: cần chăm lo giáo dục ở cơ sở chuyên môn.
 - + Đến tuổi dậy thì: cần dùng liều lượng cao của thuốc.
- Muối ăn có chứa iod.

PHÙ NIÊM CỦA NGƯỜI LỚN

Phù niêm của người lớn còn được gọi là giảm năng tuyến giáp mắc phải.

1. Nguyên nhân

a. Phù niêm do thoái triển tuyến giáp

Khi có sự thoái triển (teo, viêm hoặc xơ cứng) của tuyến giáp sẽ gây nên giảm năng tuyến yên nguyên phát. Thể bệnh này xuất hiện ở người lớn khoảng 50 tuổi, nhất là ở phụ nữ.

Có thể do tổn thương tuyến giáp do nhiễm độc các thuốc như: thuốc kháng tuyến giáp, thuốc PAS, thuốc sulfamid điều trị bệnh đái tháo nhạt (diabete insipide); hoặc nhiễm độc do thức ăn (như: bắp cải); hoặc do bức xạ (như: tia X, iod phóng xạ); hoặc do tăng sản tuyến giáp (trong bệnh bướu giáp).

Phù niêm có thể xuất hiện sau khi cắt bỏ gần hoàn toàn tuyến giáp (phù niêm hậu phẫu).

b. Phù niêm do tuyến yên

Trong trường hợp này, giảm năng tuyến giáp xảy ra thứ phát sau khi có hiện tượng thiếu kích giáp tố của tuyến yên.

2. Triệu chứng

a. Thời kỳ bất đầu

Thường âm ỉ:

- Trạng thái thờ ơ dẫn trí tuệ và thể lực.
- Tăng trọng lượng cơ thể.
- Mạch chậm.
- Kinh nguyệt nhiều và kéo dài ở phụ nữ, liệt dương ở nam giới.

b. Thời kỳ toàn phát

- Tổn thương da và niêm mạc:
 - + Phù da: có các dấu hiệu
 - Phù trắng giả, ấn không lõm.
 - Nét mặt phù niêm, nặng, đồ dãn.
 - Trán nhăn, mí mắt híp, má phính, môi dầy và răng sún.
 - Hai bàn tay to, xanh tím, lạnh; ngón tay phình to; da khô và ráp.
 - + Phù các niêm mạc:
 - Lưỡi to.
 - Niêm mạc khô (tiếng khàn, khó nuốt, đôi khi thiếu dịch vị).
 - + Rối loạn hiện bộ:
 - Móng tay chân giòn, có khía.
 - Tóc và lông thưa, khô và giòn.
 - Đuôi lông mi hay rụng: đây là một dấu hiệu đặc trưng.
- Tuyến giáp: ít khi sờ nắn thấy, có thể sờ thấy tuyến giáp trong trường hợp phù niêm thứ phát sau khi bị bệnh bướu giáp hoặc viêm tuyến giáp.
 - Giảm nhiệt độ, có kèm theo cảm giác sợ lạnh đặc trưng.
 - Rối loạn tiêu hoá: táo bón, sâu răng.
 - Rối loạn tim mạch:
 - + Loạn nhịp: mạch chậm xoang, rung tâm nhĩ.
 - + Giảm lưu lượng tim.

- + Đau thắt ngực (do xơ cứng động mạch).
- + Có tràn dịch màng tim.
- Rối loạn sinh dục:
 - + Liệt dương ở nam giới.
 - + Ở phụ nữ: dục tính giảm, rong kinh và băng huyết, có thể vô kinh.
- Rối loạn tâm thần: vô tình cảm. Tai biến hôn mê ít gặp.
- Thiếu máu.

3. Chẩn đoán xác định bệnh

Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng:

- Một yếu, vô tình cảm, sợ lạnh, táo bón, rối loạn sinh dục.
- Da khô, lạnh, phù; móng tay chân giòn; rụng lông tóc; lưỡi dày.
- Mạch chậm, bóng tim to ra.
- Thiếu máu, tăng cholesterol trong máu.

4. Tiến triển

- Nếu không được điều trị, phù niêm sẽ tiến triển dẫn đến trạng thái suy mòn.
- Phù niêm có đặc điểm nhạy cảm với các bệnh nhiễm khuẩn.

5. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với:

- Rối loạn tâm thần và các bệnh loạn tâm thần hữu cơ.
- Các rối loạn kinh nguyệt.

- Thiếu máu, đặc biệt là thiếu máu ác tính.
- Các rối loạn do bệnh của tim.
- Hội chứng hư thận, viêm thận mạn tính.
- Bệnh Addison, bệnh Simmonds.

6. Điều trị

Dùng liều lượng cao tuyến giáp rất nhỏ khi mới bắt đầu điều trị ở người cao tuổi mắc bệnh phù niêm hoặc có rối loạn tim.

- Lúc bắt đầu: dùng 0,01g cao tuyến giáp trong 24 giờ. Sau đó tăng thêm 0,01g mỗi tuần lễ cho tới liều lượng 0,1 - 0,2g cho tới khi hết các dấu hiệu giảm năng tuyến giáp.

Cần theo dõi mạch, huyết áp và chuyển hoá cơ bản một cách đều đặn.

- Liều duy trì: dùng khoảng 0,05 - 0,1g mỗi ngày. Liều pháp có thể dùng kéo dài.
- Giảm mỡ (cholesterol), cacbon hydrat, tăng protein; tránh ăn các loại thức ăn như: bắp cải, củ cải đường, củ cải, hạt dẻ, hạnh nhân... vì các thức ăn này chứa nhiều chất kháng tuyến giáp.
- Trong trường hợp có rối loạn tim do phù niêm: cần điều trị bằng cao tuyến giáp (với liều lượng 0,02-0,03g/24h và tăng dần liều lượng). Thuốc trợ tim không có tác dụng. Có thể xảy ra nguy cơ đau thắt ngực hoặc nhồi máu cơ tim.
- Trong hôn mê do phù niêm: tiêm tĩnh mạch 0,5mg thyroxin, cứ 6 giờ tiêm lại một lần. Tiêm bắp thịt tri - iod - thyronin.

Dùng corticosteroid trong trường hợp giảm năng tuyến thượng thận kết hợp.

PHÙ NIÊM DO TUYẾN YÊN

1. Định nghĩa

Đó là: phù niêm gây ra do một trạng thái giảm năng tuyến giáp thứ phát sau thiếu kích giáp tổ tuyến yên.

2. Nguyên nhân

- Giảm năng toàn bộ thùy trước tuyến yên:

Có thể do: khối u tuyến yên, chảy máu tuyến yên, xơ cứng tuyến yên, phù tuyến yên, teo tuyến yên hậu sản.

- Thiếu kích giáp tổ, tuyến yên: tổn thương tuyến yên chỉ khu trú một cách tuyệt đối trong sản xuất kích giáp tổ.

3. Triệu chứng

a. Thể bệnh thứ phát sau giảm năng toàn tuyến yên

Có thể gặp các dấu hiệu:

- Phù niêm da: gặp thất thường.
- Giảm năng vỏ thượng thận: suy nhược, nhiễm sắc tố da.
- Rối loạn sinh dục: ở phụ nữ, có dấu hiệu vô kinh, teo vú, teo âm đạo và tử cung; ở nam giới, có dấu hiệu dung mao dạng hoạn, đôi khi nhĩ tính (lùn).

b. Thiếu riêng kích giáp tổ

Có dấu hiệu lâm sàng giống như các dấu hiệu của bệnh phù niêm tuyến giáp.

Trong cả hai trường hợp, có dấu hiệu thiếu máu. Có thể thấy giảm số lượng bạch cầu.

4. Chẩn đoán xác định

Dựa vào:

- Phát hiện được một tổn thương tuyến yên: có dấu hiệu tuyến yên rộng ra, có hư biến hai thị trường.
- Có dấu hiệu giảm năng vỏ thượng thận hoặc giảm năng sinh dục kết hợp.

5. Điều trị

- Trước tiên phải dùng ACTH hoặc cortison và các hormon sinh dục (nhất là testosterone).
- Sau đó, dùng cao tuyến giáp.

BỆNH ADDISON

Bệnh Addison còn được gọi là giảm năng vỏ thượng thận mạn tính.

1. Định nghĩa

Đó là bệnh tuyến nội tiết mạn tính gây ra bởi sự giảm năng tuyến thượng thận và có đặc điểm là: mệt mỏi, đen da, giảm áp lực động mạch và những rối loạn dạ dày - ruột.

2. Hoàn cảnh xuất hiện

Bệnh Addison ít gặp, xảy ra chủ yếu ở người lớn.

3. Nguyên nhân

Có thể gặp các nguyên nhân gây bệnh sau đây:

- Lao tuyến thượng thận: gặp khoảng 50 - 85% các trường hợp, ở cả hai bên tuyến thượng thận.
- Teo tuyến thượng thận đơn thuần: gây nên giảm glucose trong máu.

- Thể bệnh thứ phát sau một trạng thái thiếu hormon tuyến yên kích thích vỏ thượng thận.
- Thể bệnh thứ phát sau thủ thuật cắt bỏ hai tuyến thượng thận gần hoàn toàn.
- Các nguyên nhân loại lẹ: ung thư, thoái hoá dạng tinh bột, viêm tuyến thượng thận không đặc thù, các chấn thương.

4. Triệu chứng lâm sàng

a. Chứng đen da

Hiện tượng nhiễm sắc tố bắt đầu ở những chỗ hỏ, các vết sẹo, đường trắng ở bụng..., các vết đen da có tính chất đặc trưng: trên một nền xám - nâu bản đồng đều, có những vết xẫm hơn.

Các vết nâu ở niêm mạc thường xuất hiện ở mắt trong má, đối diện với các răng hàm. Lưỡi và môi cũng bị nhiễm sắc tố.

b. Suy nhược

- Suy nhược cơ gây nên mệt mỏi, gầy sút.
- Suy nhược trí tuệ có kèm theo khả năng dễ bị kích động, lo âu và loạn nhịp điện não đồ.

c. Giảm huyết áp

Giảm huyết áp có kèm theo chóng mặt, đánh trống ngực, ngất xỉu.

d. Rối loạn dạ dày - ruột

Có dấu hiệu:

- Chán ăn.
- Đau bụng, kèm theo tiêu chảy và nôn.

d. Tiền sử có mắc bệnh lao

Thường gặp lao phổi, lao xương khớp hoặc lao thận.

5. Tiến triển và tiên lượng

- Nếu không điều trị: bệnh Addison có thể dẫn tới tử vong. Tiến triển bao gồm những thời kỳ lui bệnh và những giai đoạn giảm năng vỏ thượng thận cấp tính.
- Nếu người bệnh được điều trị tốt thì cuộc sống trở lại bình thường.

6. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng:

- Suy nhược, chán ăn, buồn nôn, nôn, tiêu chảy.
- Nhiễm sắc tố ở da.
- Giảm áp lực động mạch.

7. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh:

- Chẩn đoán phân biệt giữa bệnh Addison nguyên phát (do tuyến thượng thận) và thứ phát (do tuyến yên):

Thể bệnh do tuyến yên có đặc điểm:

- + Ít nhiễm sắc tố hơn.
- + Giảm năng tuyến giáp.
- + Giảm năng các tuyến sinh dục.
- Chứng đen da.
- Suy nhược trí tuệ và cơ: các trạng thái trầm uất, các bệnh cơ, bệnh Basedow.
- Giảm glucose huyết.
- Giảm natri huyết, đặc biệt là giảm natri huyết đi kèm một số viêm thận hoặc viêm bể thận - thận mạn tính.
- Bệnh lao phổi:

Có các dấu hiệu lâm sàng như sau:

- + Suy nhược.
- + Các vết nhiễm sắc tố.
- + Các rối loạn dạ dày - ruột.
- + Không có khả năng vỏ thượng thận.

8. Điều trị

a. Chữa toàn thân

- Chế độ ăn chứa nhiều carbon hydrat và protein, cho vitamin C.
- Ăn nhiều bữa nhỏ trong trường hợp giảm glucose huyết.
- Nếu bệnh nặng: cho người bệnh ăn thêm muối với liều thích hợp là 3 - 10g/24h, tùy theo thể trọng của người bệnh.
- Nếu bệnh kém nghiêm trọng thì lượng muối trong chế độ ăn thông thường là đủ.
- Chữa bệnh lao tiến triển, nếu có.
- Tích cực chữa mọi bệnh nhiễm khuẩn xuất hiện trong quá trình mắc bệnh Addison.

b. Liệu pháp hormon

Không có chỉ định dùng prednisolon.

- Cortison hoặc hydrocortison là những thứ thuốc tốt nhất.

Liều lượng dùng: lúc đầu, cho 10mg/24h hoặc liều lượng 50mg/24h.

Sau đó, giảm dần xuống tới liều lượng duy trì.

- Viên acetat corticosteron: để dưới lưỡi cho viên thuốc tan, liều lượng dùng cần gấp 2 - 3 lần liều lượng tiêm bắp thịt. Liều lượng tiêm bắp của desoxycorticosteron là 1 - 5mg, liều lượng viên acetat để tan dưới lưỡi là 1 - 5mg x 2 - 3 lần/24 giờ.

- Testosteron: có chỉ định trong những thể bệnh có kèm suy nhược và suy mòn rõ rệt.

c. Tác dụng của điều trị

Cải thiện toàn trạng: lên cân, đưa áp lực động mạch trở về mức bình thường.

Tăng glucose huyết và bình thường hoá tỷ số natri/kali.

d. Dấu hiệu sử dụng quá liều lượng desoxycorticosteron

- Giảm kali huyết.
- Phù nề.
- Tăng áp lực động mạch.
- Lên cân quá nhiều.

HỘI CHỨNG TURNER

Hội chứng Turner còn gọi là loạn sản tuyến sinh dục.

1. Đặc điểm

Hội chứng này có đặc điểm là giảm năng buồng trứng bẩm sinh, nhiều khi kết hợp với những hư biến khác.

2. Nguyên nhân

Bất phát dục buồng trứng do:

- Tổn thương phôi sớm.
- Di tật nhiễm sắc thể.

3. Triệu chứng

a. Hội chứng sinh dục

- Cơ quan sinh dục nữ thiểu.

- Không có các giới tính phụ: vú teo, lông nách và lông mu rất thưa thớt.

- Vô kinh nguyên phát.

- Trạng thái lão suy sớm.

b. Tầm vóc nhỏ, loãng xương, viêm đầu xương đốt sống.

c. Các dị dạng kết hợp

- Hẹp eo động mạch chủ.

- Dị dạng thận.

- Tật thừa ngón.

- Có những tổ chức (mô) da phụ ở cổ và trong các nếp gấp khớp xương.

4. Điều trị

Dùng oestrogen ngay từ khi dậy thì, theo nhiều liệu trình, mỗi liệu trình kéo dài 3 tuần lễ và nghỉ sử dụng thuốc 1 tuần.

Trạng thái vô sinh còn lưu tồn ngay cả khi tạo ra được một chu kỳ kinh nguyệt.

Nếu người bệnh được khám trước khi ngừng lớn thì có thể cố gắng kích thích sự tăng trưởng bằng androgen.

BỆNH TO CỤC

1. Đặc điểm

Bệnh to cục có đặc điểm là phì đại các đầu chi trên, đầu chi dưới và đầu, do thừa hormon của sự tăng trưởng (sự lớn lên của con người).

2. Hoàn cảnh xuất hiện

- Bệnh xảy ra sau tuổi dậy thì, với tỷ lệ ngang nhau ở hai giới.
- Bệnh to cục thường biểu hiện ra sau 30 tuổi.

3. Nguyên nhân

Do các nguyên nhân sau:

- U tuyến ưa eosin ở thùy trước tuyến yên.
- Phản ứng ưa eosin của thùy trước tuyến yên gây ra bởi các nguyên nhân sau:
 - + U thần kinh đệm của giao thoa dây thần kinh thị giác.
 - + U màng não của xương bướm.

4. Triệu chứng

a. Thời kỳ khởi phát

Bệnh không điển hình, âm ỉ và có đặc điểm:

- Suy nhược.
- Nhức đầu.
- Rối loạn kinh nguyệt ở phụ nữ và liệt dương ở nam giới.

b. Thời kỳ toàn phát

Có thể thấy các rối loạn hậu phát sau đây:

- Mặt: mặt nặng, đầy, gò má và ổ mắt nhô ra, môi đầy, lưỡi to.
- Các đầu chi: có đặc điểm
 - + Bàn tay và bàn chân rộng.
 - + Ngón tay tròn, rất to.
 - + Móng phồng lên, có khía dọc.
- Cột sống: gù vẹo cột sống, thường là ở cột sống lưng phía trên.

- Biến đổi nội tạng về mặt hình thái học: tĩnh mạch rất to ở cẳng chân, tim to, gan to, ruột kết to...
 - Biến đổi hình thái khác:
 - + Da: da dày, tạo thành những cái gờ. Tăng tiết mồ hôi, rậm lông tóc, có thể gặp nhiễm sắc tố.
 - + Khớp xương: thấp khớp do mắc bệnh to cực, có kèm theo rão dây chằng.
 - Rối loạn nội tiết:
 - + Ở nam giới: liệt dương tương phản với phì đại dương vật, đôi khi có biểu hiện vú to kèm theo chảy sữa.
 - + Ở phụ nữ: không có nữ dục tính, vô kinh, phì đại âm vật, rậm lông.
- Có thể xuất hiện bướu giáp (20% trường hợp), bệnh đái tháo (15% trường hợp) hoặc giảm năng thụ thai trước tuyến yên.
- Dấu hiệu khối u nội sọ:
 - + Nhức đầu: ở phía sau ổ mắt, ở trán hoặc ở hai thái dương.
 - + Hư biến hai thị trường (còn gọi là: hội chứng giao thoa thị thần kinh).

5. Tiến triển và tiên lượng

- Bệnh to cực thường tiến triển chậm khi được điều trị.
- Tử vong: thường do suy tim, bệnh đái tháo nhạt, bệnh nhiễm khuẩn gian phát và các biến chứng của bệnh to cực.

6. Điều trị

- Liệu pháp quang tuyến.
- Dùng androgen ở nam giới, dùng oestrogen ở phụ nữ.
- Phẫu thuật: áp dụng cho bệnh to cực có kèm theo rối loạn thị giác.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

CHĂM SÓC BỆNH TRONG GIA ĐÌNH

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 tinh:</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: 306-2009/CXB/22-36/YH.

In xong và nộp lưu chiểu quý II năm 2009.