



**CÁC HỘI CHỨNG TOÀN
THÂN**

CÁC HỘI CHỨNG TOÀN THÂN

A.KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN SỐT

Sốt là hiện tượng tăng thân nhiệt, một biểu hiện bệnh lý của rất nhiều bệnh, thuộc bất cứ bộ phận nào trong cơ thể, vì đây là một phản ứng của cơ thể đối với nhiều nhân tố, trong đó có nhân tố nhiễm khuẩn và các nhân tố không nhiễm khuẩn.

Phát hiện sốt rất đơn giản: nhưng cần phải có nhiệt kế mới xác định được sốt, không nên dựa vào cảm giác của người bệnh, cũng như vài nhận định khi sờ da, sờ trán người bệnh, vì không trung thực, không cụ thể.

Nếu phát hiện sốt thường dễ dàng và đơn giản, thì trái lại chẩn đoán nguyên nhân sốt có khi cũng dễ dàng, nhưng nhiều khi rất khó, đòi hỏi ở người thầy thuốc một sự hỏi bệnh và khám bệnh toàn diện, tỉ mỉ và trong nhiều trường hợp vai trò của xét nghiệm cận lâm sàng rất quan trọng, không những để chẩn đoán mà có khi để phát hiện một chẩn đoán mà lâm sàng chưa có hoặc không có biểu hiện gì cả.

Song song với việc tìm nguyên nhân của sốt, rất cần thiết cho việc điều trị, người thầy thuốc còn cần phải phát hiện và nhận định các rối loạn chức năng, các biểu hiện toàn thân kèm theo do hiện tượng sốt gây nên, không kém phần quan trọng vì có khi người bệnh chưa chết hoặc không thể chết bởi các tác nhân gây sốt mà đã chết bởi những rối loạn chức năng hoặc toàn thân.

Cho nên trước một người bệnh sốt, việc khám bệnh cần phải theo một trình tự nhất định.

I. CÁCH KHÁM MỘT NGƯỜI BỆNH BỊ SỐT.

1. Nhận định sốt.

Sau khi đã xác định sốt bằng nhiệt kế, cần phải nhận định sốt về các phương diện.

Khởi phát.

- Đột ngột: đang khoẻ mạnh, người bệnh đột nhiên bị sốt cao ngay như trong cúm, sốt rét cơn, viêm bề thận, viêm mật quản, viêm phổi hoặc các nhiễm khuẩn ở nơi khác.

- Hoặc dần dần sau một thời gian mệt mỏi, khó chịu rồi mới bắt đầu sốt và nhiệt độ tăng lên dần dần như trong thương hàn, lao, bệnh thấp khớp.

Tính chất.

- Chỉ sốt như trong thương hàn, lao, viêm màng não, viêm não, sởi, thủy đậu...

- Hoặc khởi phát bằng một cơn rét run rồi sốt liên tục trong những ngày sau như trong viêm phổi, sốt hồi quy, sốt do xoắn khuẩn hoặc trong một số trường hợp cúm.

- Hoặc có những cơn rét run làm cho người bệnh phải đắp hai, ba chăn, rồi kèm theo sau là sốt ra mồ hôi, sau đó lại hết để tái phát lại nhiều lần trong ngày hoặc trong những ngày sau như trong: sốt rét cơn, viêm bể thận, viêm mật quản, các ổ nung mủ sâu, nhiễm khuẩn máu.

Diễn biến: việc theo dõi diễn biến, chủ yếu phải dựa trên biểu đồ nhiệt độ, rất có giá trị khi người bệnh sốt đã 5, 7 ngày trở lên, vì dựa trên đó, người ta mới chia ra làm nhiều loại sốt có giá trị gợi ý hoặc đặc hiệu cho các bệnh gây ra sốt.

- Sốt liên tục: biểu diễn thành một đường hình cao nguyên, nhiệt độ cao suốt ngày, nhiệt độ sáng và chiều chênh lệch nhau rất ít, thường không quá 10C. loại sốt này thường gặp trong thương hàn, viêm phổi

- Sốt dao động: Biểu diễn thành một đường có nhiều hình tháp, trong đó quá trình sốt gồm nhiều cơn, giữa các cơn nhiệt độ có thể:

+ Không xuống hẳn bình thường: vẫn còn hơi sốt (3702 – 3705C); đây là các loại sốt không dứt cơn, thường gặp trong bệnh nhiễm khuẩn máu, viêm mật quản, viêm bể thận, các ổ nung mủ sâu. Trong loại này, cơn sốt xảy ra vào bất cứ giờ nào trong ngày, khi vài ba cơn trong ngày, có khi vài ngày mới có một cơn.

+ Xuống hẳn bình thường: nhiệt độ tuyến thể hiện từng cơn rõ ràng mỗi cơn cách nhau bằng một thời gian không sốt; trong đó người bệnh thấy thoải mái dễ chịu, tưởng như mình đã khỏi hẳn; đây là loại sốt cơn, điển hình trong sốt rét cơn. Trong loại này cơn sốt xảy ra vào một giờ nhất định mỗi ngày (Pl. malarrine).

Trong loại sốt dao động này, nhất là loại không dứt cơn, cần chú ý lấy nhiệt độ nhiều lần trong ngày, có khi 3 lần một ngày thì mới phát hiện được cơn sốt cao.

+ Sốt hồi quy: là loại sốt từng đợt, mỗi đợt sốt kéo dài một tuần, 10 hôm, kế tiếp bằng một đợt dài như vậy không sốt, để rồi sau đợt không sốt này lại có một đợt sốt khác kế tục. Điển hình của loại sốt này gặp trong bệnh sốt hồi quy.

2. Rối loạn chức năng.

a. Tình trạng tinh thần.

- Các biểu hiện nhỏ, không đáng kể như nhức đầu, hoa mắt, chóng mặt, mất hoặc kém ngủ.

- Các biểu hiện quan trọng như mê sảng, hôn mê, các động tác bất thường (bất chuẩn chuẩn) và cơn co giật (thường xảy ra ở trẻ em khi sốt cao bất cứ (do nguyên nhân gì)).

b. Tình trạng tim – mạch: khi sốt, tim đập nhanh lên, trung bình cứ thân nhiệt tăng 10C thì nhịp tim tăng từ 20 đến 15 nhịp trong một phút; riêng trong thương hàn có thể có sự phân ly mạch nhiệt độ (nhiệt độ vẫn cao mà mạch không tăng theo).

Sự theo dõi tim mạch rất cần thiết, vì người bệnh sốt nhiều bất cứ do nguyên nhân gì đều có thể chết vì trụy tim mạch, cần phát hiện sớm để đối phó kịp thời bằng các biểu hiện như: nhịp nhanh, có khi có tiếng ngựa phi, tiếng tim mờ, huyết áp tụt, mạch chi.

c. Tình trạng thải tiết nước tiểu: trong khi sốt người bệnh thường đái rất ít. Về sau, khi sắp hồi phục, người bệnh đái nhiều hơn: hiện tượng cơn đái nhiều (crise urinaire) thường là báo hiệu cho sự khỏi bệnh. Trái lại người bệnh càng đái ít bao nhiêu càng có giá trị tiên lượng xấu.

d. Tình trạng kiệt nước và điện giải: do hiện tượng thở nhiều, ra mồ hôi khi người bệnh sốt. Biểu hiện bằng: khát nước, đái ít, môi khô nẻ, rộp, lưỡi khô, da khô nhăn nheo.

Cần phát hiện để cung cấp nước cho người bệnh hoặc bằng đường uống hoặc bằng đường tiêm (truyền huyết thanh).

e. Tình trạng chảy máu: có thể ở:

- Da và niêm mạc.

- Hoặc các phủ tạng, nôn ra máu, ỉa ra máu, đái ra máu.

f. Tình trạng tiêu hoá. Nôn, buồn nôn, ỉa lỏng, táo bón.

Sự phát hiện các rối loạn nói trên rất quan trọng, nhất là ở những người bệnh sốt nhiễm khuẩn cấp diễn: sự tập hợp của một số rối loạn ấy có giá trị tiên lượng rất nặng, mà các thầy thuốc lâm sàng thường gọi là “hội chứng cá tính” biểu hiện bằng 4 loại triệu chứng:

- Triệu chứng thần kinh.

- Triệu chứng tim mạch.

- Triệu chứng tiêu hoá.

- Triệu chứng chảy máu.

Nếu sự phát hiện các triệu chứng này có giá trị quan trọng về tiên lượng thì sự phát hiện các triệu chứng chỉ điểm có một giá trị quan trọng để chẩn đoán nguyên nhân.

3. Phát hiện các triệu chứng chỉ điểm.

Các triệu chứng chỉ điểm này có thể là các triệu chứng chủ quan hoặc khách quan, do đó thầy thuốc cần phải:

a. Hỏi toàn diện: cần hỏi lần lượt (để khỏi bỏ sót) các triệu chứng chủ quan thuộc từng bộ phận: hô hấp, tuần hoàn, tiêu hoá, gan mật, tiết niệu, tính thần kinh, vận động (cơ, khớp, xương...).

b. Khám toàn diện: phải khám kỹ lưỡng và theo trình tự như đã trình bày trong bài “ công tác khám bệnh và chẩn đoán”.

- Khám toàn thân.

- Khám từng bộ phận: không bỏ sót một bộ phận nào.

- Khám các chất thải tiết và một số thể dịch.

Các triệu chứng chỉ điểm có khi khá rõ ràng ở lâm sàng, chỉ cần làm thêm các xét nghiệm cận lâm sàng để xác định cụ thể hơn và đánh giá mức độ. Nhưng cũng nhiều khi lâm sàng không có một triệu chứng chỉ điểm nào cả ngoài tình trạng sốt và các rối loạn chức phận hoặc toàn thể do nó gây nên, vai trò của xét nghiệm cận lâm sàng lúc này rất cần thiết vì sẽ cung cấp cho chúng ta những triệu chứng chỉ điểm hoặc những tài liệu để làm một chẩn đoán mà có thể lâm sàng chưa nghĩ ra.

4. Các xét nghiệm cận lâm sàng:

a .Nếu có triệu chứng lâm sàng chỉ điểm: đây là những trường hợp mà nhờ các triệu chứng lâm sàng chỉ điểm đó, chúng ta đã có một chẩn đoán lâm sàng sơ bộ.

Tất nhiên trong những trường hợp này, các xét nghiệm cận lâm sàng được chỉ định tùy theo các triệu chứng lâm sàng chỉ điểm và chẩn đoán sơ bộ của lâm sàng.

b. Nếu không có triệu chứng lâm sàng chỉ điểm: trong những trường hợp này, thường phải làm một số xét nghiệm nhất loạt để qua đó chúng ta may mắn có thể tìm được một số triệu chứng cận lâm sàng chỉ điểm, góp cho chẩn đoán nguyên nhân. Thông thường các xét nghiệm cận lâm sàng như:

- Công thức máu, tốc độ lắng máu: một công thức máu có bạch cầu tăng nhiều cùng với đa nhân trung tính (nhất là làm 2- 3 lần mà vẫn có một kết quả tương tự như vậy) mà tốc độ tăng lắng máu nhanh, thường hướng cho ta một hội chứng nhiễm khuẩn, có thể một ổ nhiễm khuẩn hoặc một ổ nung mủ sâu mà lâm sàng có thể bỏ qua.

- Ký sinh vật sốt rét (làm cả phiên đồ mỏng và giọt đặc) bắt buộc phải làm ở nước ta, nhất là ở những người đang ở hoặc vừa mới ở một vùng còn sốt rét. Muốn chính xác, cần lấy máu thử khi người bệnh đang lên cơn rét.

- Cây máu: tốt nhất cũng nên lấy máu khi người bệnh đang sốt và nhất là chưa dùng các thuốc kháng sinh.

- Một số huyết thanh chẩn đoán: để phát hiện một số bệnh thông thường như Widal: thương hàn, Martin Pettit: sốt do Leptospira, Weil Felix: sốt do Rickettsia.

Cần chú ý, các xét nghiệm này chỉ dương tính khi bệnh đã tiến triển một thời gian, cho nên phải lấy máu thử từ tuần thứ hai, thứ ba trở đi, nếu phản ứng hơi dương tính, cần làm lại lần thứ 2. nếu lần thứ hai hiệu giá ngưng kết có tăng hơn thì mới có giá trị chẩn đoán.

- Chiều hoặc chụp phổi: để phát hiện những tổn thương nhỏ bé mà lâm sàng có thể đã bỏ qua.

- Nước tiểu: protein, tế bào (để phát hiện các bệnh ở hệ thống thận, tiết niệu).

II. CHẨN ĐOÁN SỐT:

Như chúng tôi đã trình bày ở trên, chẩn đoán dương tính sốt thường dễ: chỉ cần và phải cần có nhiệt kế. Khó khăn chủ yếu là chẩn đoán Nguyên nhân.

Các nguyên nhân có thể sắp xếp theo các tác nhân gây bệnh.

- sốt do nhiễm khuẩn: vi khuẩn, virút, ký sinh vật.

- Sốt không do nhiễm khuẩn.

Dù tác nhân gây bệnh thuộc loại nào, người bệnh thường đến với chúng ta trong hai trường hợp sau:

- Đã bị sốt mới vài ngày.
- Đã bị sốt lâu: sốt kéo dài.

1. NGƯỜI BỆNH MỚI BỊ SỐT VÀI NGÀY.

Cần chú ý tìm các nguyên nhân nhiễm khuẩn, virus hoặc ký sinh vật, là những nguyên nhân thường hay gặp nhất trên thực tế. Có những trường hợp dễ chẩn đoán bằng lâm sàng, vì có triệu chứng chỉ điểm.

a. Sốt có triệu chứng chỉ điểm.

Các triệu chứng chỉ điểm này có thể là các triệu chứng chủ quan hoặc khách quan.

a.1. Nhiễm khuẩn ở họng (viêm họng, viêm hạch hạnh nhân). Thường kèm theo:

- Đau họng, nuốt khó và đau.
- Khám họng thấy đỏ hoặc hạch hạnh nhân sưng đỏ, to, có khi có mủ. Có khi có những giả mạc trắng (viêm họng bạch hầu). Hạch dưới hàm hơi to và đau.

a.2. Nhiễm khuẩn ở bộ máy hô hấp dưới: viêm khí quản, viêm phế quản, viêm phổi, áp xe phổi, lao phổi, viêm màng phổi... thường kèm theo:

- Ho, đau ngực.

- Khạc đờm, khạc mủ hoặc khạc máu.

- Các triệu chứng hoặc hội chứng bệnh lý khi khám phổi.

a.3. Nhiễm khuẩn gan: áp xe gan, viêm gan, viêm mật quản, viêm gan do virus... thường kèm theo.

- Hoàng đản.

- Tức, đau vùng gan hoặc gan sưng to, đau.

a.4. Nhiễm khuẩn ở hệ thống thận, tiết niệu: viêm bàng quang, viêm bể thận, nang mủ thận, viêm cầu thận cấp.. thường kèm theo:

- Đái buốt, đái rắt, nước tiểu đục.

- Hoạch phù và đái ít.

- Có thể khám thấy thận to và gan (trong nang mủ thận).

a.5. Nhiễm khuẩn ở não, màng não. Viêm não, áp xe não, viêm màng não... thường kèm theo:

- Nhức đầu, nôn mửa.

- Có thể co giật, hội chứng màng não, liệt một chi hoặc nhiều chi. Có khi hôn mê xảy đến rất nhanh, nhưng phải có những triệu chứng thực thể về thần kinh mới chắc chắn.

a.6. Nhiễm khuẩn khớp cơ: viêm cơ, viêm khớp, bệnh thấp... thường thể hiện bằng:

- Đau, nhức, hạn chế cử động ở khớp hoặc cơ.

- Khám thấy hiện tượng viêm nhiễm (sưng đau, nóng, đỏ) ở khớp hoặc cơ.

a.7. Nhiễm khuẩn phát ban: sởi, thủy đậu, đậu mùa. Thường kèm theo hiện tượng viêm long ở hệ thống hô hấp, và bao giờ cũng có những mẩn đỏ, những mọng đỏ, mọng mủ to hay nhỏ và ngoài da.

Chúng tôi vừa nêu xong một số bộ phận thông thường hay bị nhiễm khuẩn chẩn đoán thường dễ, nếu người bệnh đến với ta vào lúc đã có những triệu chứng chỉ điểm nói trên. Nhưng trong một số trường hợp, người bệnh đến sớm khi chưa xuất hiện các triệu chứng đó(ví dụ: sởi khi chưa phát ban, viêm gan do virus khi chưa hoàng đản) thì chẩn đoán lâm sàng rất khó, cũng như các trường hợp không có triệu chứng chỉ điểm dưới đây.

b. Sốt không có triệu chứng chỉ điểm.

Ngoài các trường hợp nói trên, khi người bệnh đến vào lúc chưa xuất hiện các triệu chứng chỉ điểm, chúng ta cần phải xếp vào loại này một số bệnh thường không có các triệu chứng nổi bật của bộ phận nào. Thông thường nhất ở nước ta là:

b.1. Thương hàn (thời kỳ khởi phát):

- Sốt, thường xuất hiện dần dần, mỗi ngày một tăng, chỉ sau 6,7 ngày nhiệt độ mới lên 39 – 40°C.
- Đặc biệt mạch không đi đôi với nhiệt độ: mạch chậm hơn so với sự tăng nhiệt độ.
- Kèm theo chảy máu cam, và rối loạn tiêu hoá: biếng ăn, buồn nôn và nhất là táo bón và ỉa lỏng.
- Khám chỉ thấy nhiều tiếng ùng ục khi ấn, vùng hố chậu phải và lách hơi to.
- Trong thời kỳ này chỉ có cấy máu thấy trực khuẩn (Eberth mới xác định được chẩn đoán).

b.2. Sốt rét cơn.

- Sốt xuất hiện đột ngột bằng một cơn rét run kéo dài có khi tới 1-2 giờ.
- Sau đó nhiệt độ bắt đầu tăng dần tới 39 – 40°C, có khi 41°C. Da người bệnh nóng ran.

- Sau nửa giờ, hoặc vài giờ sốt nóng như vậy, bất chợt cắt cơn: bệnh vã mồ hôi và nhiệt độ hạ ngay, rồi trở lại tỉnh táo, chỉ còn hơi mệt. Sau một giấc ngủ, người bệnh trở lại bình thường và có thể làm việc như cũ, cho đến khi mọi cơn khác xuất hiện, bao giờ cũng vào một giờ nhất định.

Với bệnh cảnh đó, thầy thuốc càng thêm nghi ngờ, nếu người bệnh có thêm lách to và nhất là mới ở một vùng sốt rét lưu hành. Nhưng bao giờ cũng xác nhận được chẩn đoán khi phát hiện thấy ký sinh vật sốt rét ở máu.

b.3. Cúm: người bệnh cũng chỉ có những triệu chứng chung chung của những người bệnh nhiễm khuẩn khác: sốt, đau mình mẩy, nhức đầu, viêm long ở hệ thống hô hấp (ho, đau họng, sổ mũi). Khám thực thể thường không thấy gì rõ rệt.

Chẩn đoán phải dựa vào yếu tố dịch tễ (địa phương đang có dịch) và nhất là sau khi đã loại trừ tất cả các nguyên nhân khác.

Ngoài những nguyên nhân sốt do nhiễm khuẩn nói trên, còn có sốt không như nhiễm khuẩn như:

- Say nắng, say sóng.

- Tiêm vào cơ thể protit ngoại lai (ví dụ sau tiêm chủng).

- Trong cơ thể có những quá trình phá hủy tổ chức sau như chảy máu, sau gãy xương.

- Cơ thể có những quá trình tăng sinh tổ chức như ung thư, bệnh máu ác tính.

Do rối loạn nội tiết, như sốt do cơn cường tuyến giáp, sốt ở phụ nữ trước khi có kinh nguyệt.

2. SỐT ĐÃ LÂU NGƯỜI BỆNH MỚI ĐẾN.

Có thể là những nguyên nhân nói trên, nhưng:

- Kéo dài do người bệnh không điều trị kịp thời hoặc điều trị không đúng.

- Có thêm biến chứng làm duy trì, hoặc tái phát tình trạng sốt (ví dụ sỏi có biến chứng, viêm phổi, viêm tai: viêm bể thận cấp có biến chứng ứ mủ thận).

- Ngoài những nguyên nhân ấy, có nhiều trường hợp khác biệt bao giờ cũng gây sốt kéo dài. Thầy thuốc thường phải phối hợp nhận định biểu đồ nhiệt độ với khám thực thể, để có một hướng chẩn đoán lâm sàng vì thường các biểu đồ nhiệt này có thể chỉ điểm một số bệnh.

a. Sốt liên tục có nhiệt độ cao nguyên.

a.1. Thương hàn (thời kỳ toàn phát): tình trạng toàn thân không còn như ở thời kỳ khởi phát nữa:

- Nhiệt độ giữ nguyên 39 – 40°C, sáng cũng như chiều: da nóng ran, các dấu hiệu kiệt nước thường rõ.

- Tình trạng li bì, mê sảng, hoảng hốt.

- Rối loạn tiêu hoá, rất quan trọng: lưỡi khô trắng, người bệnh không thiết ăn, phân lỏng, khắm, bụng chướng hơi và nắn đau, nhất là ở hố chậu phải tiếng ùng ục ở đáy vẫn còn hoặc tăng thêm.

- Lách to rõ hơn và có thể thấy những nốt ban đỏ bằng lá bèo tấm mọc ở ngực bụng, đặc hiệu cho thương hàn.

Xác định chẩn đoán bằng cấy máu thấy vi khuẩn Eberth và sang giai đoạn này đã có thể làm được huyết thanh chẩn đoán Widal.

a.2. Bệnh do *Leptospira*. Thường biểu hiện bằng bốn hội chứng:

- Nhiễm khuẩn: sốt khởi phát bất chợt và kịch liệt với rét run, rồi nhiệt độ lên đến 39 – 40°C và kéo dài cùng với dấu hiệu kiệt nước. Trong máu, bạch cầu tăng cùng với đa nhân trung bình.

- Viêm gan: da và niêm mạc vàng đỏ, gan hơi to và đau.

- Viêm thận: đái ít, nước tiểu có protein, nhiều hồng cầu, bạch cầu và trụ niệu, urê máu tăng.

- Tâm thần kinh: mê hoảng hốt, thường có thêm hội chứng màng não (rõ rệt hoặc kín đáo): chọc dò sẽ thấy nước não tủy trong, nhưng có nhiều bạch cầu Lymphô.

Ngoài ra có đau cơ, nhất là cơ bắp đùi, cơ bụng chân.

Xác định chẩn đoán bằng cấy máu và huyết thanh chẩn đoán Martin petit.

a.3. Lao: thông thường nhất là lao phổi:

- Sốt có thể dai dẳng, có khi hàng tháng và phần nhiều nhiệt độ chỉ hơi cao (37,5 - 380C), thường sốt nhiều hơn về chiều.

- Đồng thời, người bệnh gầy, sút cân nhanh.

Xác định chẩn đoán bằng phát hiện các tổn thương ở phổi (âm sàng và Xquang) và nhất là thấy BK ở đờm hoặc dịch vị.

a.3.1. Viêm màng trong tim bán cấp loét sùi (bệnh Osler). Chỉ nghĩ đến bệnh này, khi người bệnh có mang sẵn một bệnh tim, thông thường là bệnh van tim, nhất là hở van động mạch chủ.

- Sốt dai dẳng, có khi đã vài ba tháng, thường không cao lắm (37,5 – 380C) có khi lên xuống thất thường (phải lấy nhiệt độ thường xuyên, cách ba giờ một lần mới chính xác). Kèm theo:

- Lách to, nhô ra khỏi bờ sườn 2,3cm.

- Đái ra máu: phần nhiều là đái ra máu vi thể.

- Ngón tay dùi trống.

b. Sốt có nhiệt độ dao động.

Sốt dai dẳng nhưng biểu đồ nhiệt độ rất đặc hiệu: trên một nền nhiệt độ bình thường, có lúc nhiệt độ vọt lên 39 – 40°C, sau vài ba giờ lại trở lại bình thường. Sự vọt lên của nhiệt độ rất thất thường, bất cứ lúc nào, có khi vài ba lần một ngày, có khi vài ngày mới có một lần, không theo một chu kỳ nhất định. Nên nghĩ đến:

b.1. Nhiễm khuẩn máu: do tụ cầu, liên cầu, não cầu, hoặc các vi khuẩn khác. Chẩn đoán lâm sàng có thể dựa vào bản đồ nhiệt độ dao động, kết hợp với sự phát hiện một xuất phát điểm hoặc một định xứ của nhiễm khuẩn. Ví dụ:

- Đối với tụ cầu: xuất phát điểm thông thường là những mụn nhọt ngoài da, hậu bối, đinh râu. Các định xứ thường là ở thận (nhọt thận, hoặc viêm mũ quanh thận), phổi, xương, khớp, tuyến tiền liệt.

- Đối với não cầu khuẩn: xuất phát và định xứ thông thường là màng não (viêm màng não mũ).

- Đối với liên cầu khuẩn: xuất phát điểm có thể ở bất cứ một tổ chức viêm nhiễm nào trong cơ thể và định xứ cũng có thể ở tất cả các phủ tạng.

Xác định bằng cấy máu: có thể lấy máu ở những chỗ chầy máu dưới da hoặc dưới những nốt phỏng chảy máu xét nghiệm trực tiếp thấy vi khuẩn gây bệnh.

b.2. Các ổ nung mủ sâu: thông thường nhất là:

- Các apxe dưới cơ hoành, nhất là apxe gan.

- Nung mủ thận.

Cần khám lâm sàng kỹ để phát hiện gan to hoặc thận to, hay một triệu chứng chỉ điểm tổn thương ở hai nơi đó (vàng da, đái ra mủ). Nhưng có khi các biểu hiện nói trên rất kín đáo, bệnh chỉ được phát hiện nhờ một số hiệu pháp thăm dò cận lâm sàng các phủ tạng đó.

c. Sốt có chu kỳ.

c.1. Sốt rét cơn: nếu không được điều trị, có thể kéo dài và những cơn sốt rét đến theo một chu kỳ rất đều, nhịp điệu tùy theo loại ký sinh vật sốt rét.

c.2. Sốt hồi quy: sốt từng đợt 6 -7 ngày, mặt đỏ bừng mắt đỏ ngầu, kèm theo tình trạng mệt nhọc bơ phờ, gan, lách sưng to, đau.

Sau một chu kỳ sốt như vậy độ 6-7 ngày, đến một chu kỳ không sốt, để rồi lại có một cơn sốt khác kế tục.

Xác định chẩn đoán bằng phát hiện xoắn khuẩn hồi quy trong máu hoặc nước tiểu.

KẾT LUẬN:

Như trên chúng ta đã thấy, sốt là một hiện tượng bệnh lý rất phổ biến vì là một phản ứng của cơ thể đối với các tác nhân gây bệnh.

Cho nên cần nhớ sốt chỉ là một triệu chứng của rất nhiều bệnh khác nhau. Vì vậy chẩn đoán sốt cần phải có một ý niệm tổng hợp các triệu chứng phối hợp với các xét nghiệm cần thiết để tìm nguyên nhân và xử trí. Tránh cho thuốc kháng sinh nhất loạt một cách mơ hồ, nếu chúng ta chưa tìm nguyên nhân của sốt. Vì như thế không những lãng phí kháng sinh, mà còn có thể làm che lấp các triệu chứng.

B.KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN PHÙ :

Phù là hiện tượng ứ nước ở trong các tổ chức dưới da hoặc phủ tạng. Sự ứ nước đó có thể gây bởi nhiều cơ chế, cho nên phù là triệu chứng của rất nhiều bệnh, nhiều khi dễ, chẩn đoán được ngay, nhưng cũng có khi rất khó.

Trong phạm vi bài này, chúng tôi không nói đến chẩn đoán phù ở phủ tạng (phù não, phù phổi) có những tính chất riêng biệt về lâm sàng, mà chỉ nói đến phù dưới da.

CÁCH KHÁM MỘT NGƯỜI BỆNH PHÙ:

Phát hiện phù thường dễ, vì:

1. Trong trường hợp rõ: sự ứ nước trong tổ chức dưới da thường làm cho:

- Những bệnh có cảm giác nặng nề.

- Những vùng bị sưng phù to, căng mọng, làm che lấp các chỗ lõm bình thường (mắt cá, nếp răn, đầu xương).

- Màu da vùng đó nhợt nhạt.

2. Trong trường hợp kín đáo. Sự ứ nước có thể chưa nhiều để biểu hiện thành những triệu chứng lâm sàng rõ rệt, nhưng thường đủ để làm thay đổi cân nặng của người bệnh một cách nhanh chóng, cho nên những trường hợp kín đáo, cần phải cân người bệnh hằng ngày: tăng lên 1 -2,5kg trong vài ngày chỉ nó để giải thích được bằng hiện tượng phù.

Sau khi đã xác định được phù, muốn tìm nguyên nhân cần phải:

- Nhận định kỹ tính chất phù.

- Phát hiện các triệu chứng kèm theo.

I. NHẬN ĐỊNH TÍNH CHẤT PHÙ.

- Mức độ (nhiều hay ít) và tiến triển hình (nhanh hay chậm): tốt nhất nên theo dõi cân nặng để được chính xác và cụ thể.

- Vị trí: phù toàn thân hay khu trú một vùng và xuất hiện đầu tiên ở đâu?
- An lõm hay không?
- Sự liên quan với thời gian (buổi sáng ngủ dậy thì không thấy phù, mà chỉ xuất hiện về chiều: phù do suy tim ở thời kỳ đầu) hoặc với tư thế người bệnh (phù xuất hiện khi đứng lâu) phù tim trong thời kỳ đầu, phù tĩnh mạch).
- Tác dụng của chế độ ăn nhạt: thường khá rõ rệt trong phù do suy tim, do xơ gan và nhất là trong phù do viêm cầu thận cấp.

II. PHÁT HIỆN CÁC TRIỆU CHỨNG KÈM THEO.

Phản ứng mức độ nước.

- Tình trạng các màng phổi màng bụng: thường có tràn dịch trong các trường hợp phù to, nước dịch có thể trong hoặc hơi vàng chanh nhưng bao giờ cũng có ít protein và Rivalta (-) vì là dịch thẩm.
- Số lượng nước tiểu thải tiết trong 24 giờ: nói chung tất cả các trường hợp phù (trừ phù do viêm tĩnh mạch và phù do bệnh bạch mạch) đều làm cho người bệnh đái ít. Mức độ giảm số lượng nước tiểu thường tỷ lệ với tình trạng phù: phù càng nhiều, người bệnh càng đái ít.

Chỉ điểm cho một cản trở cơ giới trên hệ tuần hoàn.

- Tuần hoàn bàng hệ: ở ngực(chỉ điểm cho một cản trở cơ giới ở hệ tĩnh mạch chủ trên, thường có trong hội chứng trung thất); ở hạ sườn phải và thượng vị (chỉ điểm cho một cản trở cơ giới ở hệ thống cửa chủ, thường có trong phù xơ gan): ở bẹn và hạ vị (chỉ điểm cho một cản trở cơ giới ở tĩnh mạch chủ dưới, thường có trong các trường hợp tắc hoặc chèn ép các tĩnh mạch chi dưới).

- Xanh tím: ở môi, ở mặt, chỉ điểm cho một cản trở cơ giới ở tĩnh mạch chủ trên hoặc tuần hoàn hoàn lớn, hoặc ở các chi tương ứng với tĩnh mạch có bệnh

Gan to mềm, tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+): chỉ điểm cho phù do suy tim phải.

- Khó thở: nhiều hoặc ít, thường có trong phù do suy tim.

Chỉ điểm cho một viêm nhiễm địa phương.

- Tình trạng nóng, đỏ, đau ở vùng đó.

- Sung các hạch tương ứng với vùng đó.

- Sốt nhiều hoặc ít.

CHẨN ĐOÁN PHÙ

I. CHẨN ĐOÁN PHÙ.

Thường không khó khăn trong trường hợp rõ ràng và cả trong các trường hợp kín đáo: căn cứ vào các biểu hiện hoặc các biện pháp dẫn nêu ở trên.

Những vấn đề chủ yếu và quan trọng trong chẩn đoán phù là tìm ra nguyên nhân.

Chúng ta đều biết sự ứ nước trong các tổ chức gian bào dễ gây ra hiện tượng phù, thường xảy ra khi có các yếu tố.

Ứ trệ tuần hoàn. Ví dụ phù trong:

- Suy tim.
- Chèn ép tĩnh mạch hoặc tắc tĩnh mạch.

Hạ tỷ lệ protein ở huyết tương: làm thay đổi áp lực thẩm thấu, nước dễ thoát ra ngoài huyết quản, như phù trong:

- Thận nhiễm mỡ.
- Thiếu dinh dưỡng.
- Xơ gan.

Ứ NaCl: điển hình là phù do viêm thận.

Ba yếu tố nói trên thường có thể kết hợp với nhau và đều là những yếu tố tiên phát. Nhưng dần dần, sau một thời gian, thường có thêm một yếu tố hậu phát, đó là:

Cường adosteron hậu phát: ví dụ trong suy tim, thận nhiễm mỡ, xơ gan. Yếu tố này thường củng cố thêm hiện tượng phù, làm cho việc điều trị thêm khó khăn.

Ngoài 4 yếu tố nói trên, thường chỉ phối một số lớn các trường hợp phù, còn có trường hợp phù do:

Tổn thương các thành bạch mạch hoặc tĩnh mạch. Đây là các trường hợp phù do:

- Viêm tĩnh mạch.

- Viêm hạch mạch.

- Dị ứng.

Các biểu hiện phù trong những nguyên nhân nói trên thường thể hiện dưới hai hình thái lâm sàng giúp cho ta hướng chẩn đoán nguyên nhân:

- phù toàn thân.

- Phù khu trú từng vùng.

II. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN.

Phù toàn thân.

Nghĩa là phù cả mặt, thân, chân tay và thường kèm thêm cả tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng bụng.

1.1. Nguyên nhân thông thường nhất là các bệnh thận, trong đó chủ yếu là:

- Nhận nhiễm mỡ.
- Viêm cầu thận (cấp, bán cấp, hoặc kinh).

Phù trong hai loại bệnh thận đó đều có những tính chất chung của một phù thận là:

- bao giờ cũng xuất hiện đầu tiên của mi mắt, ở mặt, rồi mới đến các nơi khác.
- Không có liên quan với thời gian trong ngày hoặc với tư thế người bệnh (dù sao nếu người bệnh phải nằm lâu, phù thường nhất ở vùng lưng, mặt sau đùi, tuy các vùng khác vẫn phù).
- Phù trắng, mềm, ấn lõm.
- Bao giờ ở nước tiểu cũng có protein; mức độ nhiều ít có thể khác nhau tùy theo loại bệnh thận.

Ngoài những tính chất chung đó của phù thận, bệnh nhân nhiễm mỡ và viêm cầu thận có một số yếu tố khác nhau về lâm sàng và cận lâm sàng, mà chúng tôi trình bày trong bảng dưới đây để căn cứ vào đó, chúng ta có thể phát hiện được.

Ngoài nguyên nhân thông thường nhất nói trên, phù toàn thân còn có thể gặp trong:

1.2. Suy dinh dưỡng:

- Chủ yếu phù chi dưới, nhưng cũng có khi phù cả mặt, thân và tay.
- Cũng không có liên quan đến thời gian trong ngày hoặc với tư thế người bệnh.
- Cũng mềm và ấn lõm.
- Nhưng không bao giờ có protein ở nước tiểu, xác định bằng protein máu giảm, tỷ lệ serin/globulin giảm nhiều.

Phát hiện được bệnh tiên phát gây suy dinh dưỡng, thông thường nhất là các bệnh gây suy dinh dưỡng, thông thường nhất là các bệnh đường ruột mạn tính, các nhiễm khuẩn mạn tính (lao) hoặc các bệnh ác tính (ung thư, nhất là ung thư ống tiêu hoá).

1.3. Phù nội tiết: được đề cập đến những năm gần đây:

- Phù có thể ở chi dưới và cả ở mặt, nhưng rất kín đáo: người bệnh cảm thấy mặt hơi nặng và ấn hơi lõm: phải theo dõi cẩn thận mới biết chắc là phù.
- Thường xảy ra ở phụ nữ và có liên quan đến chu kỳ kinh nguyệt.

Phù khu trú.

2.1. Phù ngực: đây là phù “áo khoác”, triệu chứng cổ điển của triệu chứng trung thất (xem bài hội chứng trung thất trong chương hô hấp).

2.2. phù hai chi dưới. Nhiều bệnh có thể gây ra phù hai chi dưới:

2.2.1. Phù do suy tim phải:

- lúc đầu ít và kín đáo, chỉ có ở mắt cá chân; và chỉ xuất hiện về chiều, sau khi người bệnh đứng lâu, và mất đi lúc sáng sớm khi người bệnh ngủ dậy, về sau phù sẽ thường xuyên và rõ rệt.

- Chế độ nghỉ ngơi, chế độ ăn nhạt có thể làm bớt phù.

- Phù mềm, ấn lõm.

- Bao giờ cũng kèm theo gan to, mềm, tức, có tính chất gan đàn xếp, tĩnh mạch cổ nổi hoặc phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+) và khó thở ít hoặc nhiều.

- Nếu suy tim phải kéo dài hoặc không hồi phục, có thể xuất hiện thêm cổ trướng thâm thâu.

- Xác định chẩn đoán bằng đo áp lực tĩnh mạch: rất cao.

2.2.2. Phù do xơ gan:

- Mức độ có thể nhiều hoặc ít, ấn lõm.

- Aên nhạt có thể bớt phù.

- Thường kèm theo cởn trướng thâm thấu và tuần hoàn bàng hệ cửa – chủ bằng soi ổ bụng và sinh thiết gan, nếu nghi ngờ.

2.2.3. Phù do suy dinh dưỡng (đã nói ở trên).

2.2.4. Phù do bệnh tê phù ướt (bêribêri).

- Chủ yếu ở bắp chân, làm bắp chân người bệnh căng, to.

- Có thể ấn lõm.

- Không có liên quan với thời gian, với tư thế người bệnh cũng như với chế độ ăn nhạt.

- Bao giờ cũng kèm theo rối loạn cảm giác chủ quan (tê bì, kiến bò, chuột rút) và mất phản xạ gân gôi.

2.2.5. Phù thai nghén: ở những sản phụ trong những tháng cuối của thời kỳ có thai.

2.3. Phù một chi. Thông thường nhất ở một chi dưới. Cần chú ý đến hai trường hợp:

2.3.1. Viêm tắc tĩnh mạch (phù tĩnh mạch).

- Phù mềm, ấn không lõm, trắng nhưng rất đau: đau tự phát lâu ngày làm người bệnh không dám cử động chân, đau càng tăng lên khi sờ nắn chi, nhất là đoạn chi gần chỗ viêm tắc.

- Nằm nghỉ và nhất là gác chân lên cao, sẽ làm giảm bớt phù.

- Thường kèm theo sốt và mạch nhanh, nhưng không tương xứng vì sốt ít.

2.3.2. Viêm mạch bạch huyết: lúc đầu cũng giống như phù trong phù tĩnh mạch.

- Mềm, ấn không lõm, trắng nhưng cũng rất đau nhưng không nổi rõ đường đi của mạch bạch huyết thành những đường đỏ, nóng và đau.

- Các hạch bạch huyết tương ứng với các mạch đó sưng to và đau.

Về sau các tổn thương đã ổn định, các tổ chức dưới da và da trở nên rất dày và cứng: đây là "phù chân voi", di chứng của viêm bạch mạch.

Cần tìm nguyên nhân thông thường nhất ở nước ta là giun chỉ.

2.4. Phù do dị ứng. Thường xuất hiện đột ngột ở xung quanh mắt, mồm và thường mất đi rất nhanh.