

TIẾP CẬN TRIỆU CHỨNG PHÙ CHÂN

Nguyễn Thị Bích Duyên

Võ Thành Liêm

1. MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

- Phân tích thông tin lâm sàng trong chẩn đoán nguyên nhân phù chân.
- Liệt kê các dấu hiệu báo động đi kèm phù chân.
- Phân tầng nguy cơ để loại trừ HKTMs sâu ở người trưởng thành (dựa vào siêu âm)

2. TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG VÍ DỤ

2.1. Tình huống

2.1.1. Thông tin

Bệnh nhân nữ 52 tuổi đến phòng khám vì sưng vùng chân và mắt. Triệu chứng sưng chân hai bên và sưng vùng mắt được phát hiện tình cờ trong vài ngày gần đây, không kèm theo dấu hiệu khó chịu nào khác. Tiền căn bệnh lý có ghi nhận chẩn đoán bệnh đái tháo đường type 2 cách đây 5 năm, hiện đang điều trị với Metformin 500mg, mỗi ngày 2 viên. Nước tiểu ngày khám bệnh được ghi nhận có màu vàng trong. Huyết áp đo tại phòng khám ghi nhận 150/90mmHg. Khám ghi nhận có phù mềm ấn lõm vùng thấp của chân hai bên, phù mềm vùng mắt với mắt nếp má mũi. Khám các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường. Cận lâm sàng ghi nhận: Glucose máu (trước ăn): 8,5mmol/l. Creatinin máu: 1,5mg/dl. TPTNT: protein 2+, glucose 2+.

2.1.2. Câu hỏi gợi ý tình huống:

- Chẩn đoán nào phù hợp nhất?
- Lựa chọn thuốc hạ huyết áp phù hợp nhất?

2.1.3. Trả lời tình huống

Chẩn đoán phù hợp nhất cho tình trạng phù: Phù toàn thân trong bệnh cảnh bệnh lý cầu thận, theo dõi biến chứng mãn của bệnh lý đái tháo đường type 2.

Với các thông tin phù đều 2 chân, phù mắt phối hợp, huyết áp cao giúp gợi ý bệnh cảnh của phù toàn thân. Với thể phù toàn thân thì có 4 nhóm bệnh lý thường gặp: tim, gan, thận và suy dinh dưỡng. Trên bệnh nhân này có các dấu chứng gợi ý bệnh lý cầu thận như: phù toàn thân, creatinine tăng cao, tiểu đạm, cao huyết áp, ước lượng độ lọc cầu thận vào khoảng 40 ml/phút theo công thức Cockcroft Gault (với cân nặng là 60 kg). Vậy có thể hướng đến chẩn đoán bệnh thận mạn. Bệnh cảnh phối hợp là đái tháo đường type II không được điều trị ổn.

Điều trị tăng huyết áp: ở bệnh nhân có bệnh thận do đái tháo đường như trong trường hợp này, ức chế men chuyển (ACE inhibitor) hoặc ức chế thụ thể (ARB) là lựa chọn tối ưu nhằm làm giảm đạm niệu.

3. NỘI DUNG

3.1. Tổng quan

Phù chân là triệu chứng lâm sàng phổ biến, thường gặp tại phòng khám hoặc tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu. Phù chân có thể chỉ là triệu chứng tự giới hạn, hoặc cũng có thể là dấu hiệu báo động của tình trạng bệnh nặng.

Đặc điểm bệnh sinh là do có sự tích tụ của dịch trong mô kẽ tại một hoặc cả 2 chân. Dịch này có thể có bản chất đơn thuần là nước hoặc dịch viêm tùy theo tác nhân. Có nhiều hình thái lâm sàng khác nhau. Phù chân có thể chỉ biểu hiện bằng vùng khu trú hoặc lan tỏa, có thể chỉ khu trú tại vùng thấp hoặc vùng cao, có thể chỉ giới hạn ở bàn chân hoặc có thể lan lên mắt cá và đến các vùng gối, đùi. Phù có thể biểu hiện bằng tình trạng ấn lõm (phù mềm) hoặc ấn không lõm (phù cứng – phù viêm).

Trong tiếp cận chẩn đoán đối với triệu chứng phù, việc khai thác – tổng hợp và phân tích thông tin một cách hệ thống giúp chúng ta có thể khu trú nhanh những chẩn đoán nguyên nhân có thể. Ví dụ cụ thể, đối với thể phù lan tỏa một cặp chân, nguyên nhân thường gặp nhất là suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính. Đối với thể phù lan tỏa 2 cặp chân, các nguyên nhân gây phù toàn thân cần được ưu tiên chẩn đoán đầu tiên, bao gồm hệ cơ quan như thận, tim, gan và mạch máu. Nội dung bài này giúp các đồng nghiệp tự trang bị kiến thức và kỹ năng chẩn đoán vấn đề này một cách hệ thống.

3.2. Nguyên nhân phù chân

Bảng 1: Các nguyên nhân gây phù chân

Nhóm nguyên nhân	Các nguyên nhân thường gặp gây phù chân
Sinh lý	Đứng hoặc đi bộ hoặc ngồi trong thời gian dài Có thai Các yếu tố cơ học như: mang vớ, vớ quần chật, Chu kỳ kinh nguyệt
Nguyên nhân tại chỗ	Da: dị ứng, vết đốt côn trùng... Viêm khớp Nhiễm trùng: viêm mô tế bào, bệnh giun chỉ,... Chấn thương Tắc nghẽn mạch máu: động mạch, tĩnh mạch, mạch bạch huyết

Nguyên nhân toàn thân	Bệnh lý tim : suy tim phải, tràn dịch màng ngoài tim, ... Bệnh lý thận : tổn thương thận cấp, bệnh thận mạn, hội chứng cầu thận... Bệnh lý gan : xơ gan, suy gan tối cấp, Suy dinh dưỡng thể phù
Thuốc	Thuốc hạ áp (Chẹn Canxi, Chẹn β , thuốc dẫn mạch trực tiếp) Thuốc điều trị đái tháo đường (Rosiglitazone, Pioglitazone) Các thuốc khác - Corticosteroid - NSAID - Hormone (Estrogen, Progesterone...) -Thuốc hướng thần (neutrogenic agents) (Gabapentin, Pregabalin) - Thuốc chống trầm cảm (Trazodone)
Khác	Phù mạch bạch huyết: nguyên phát, thứ phát Lipoedema Phù chân vô căn

3.3. Tiếp cận chẩn đoán

3.3.1. Đặc điểm bệnh nhân và chẩn đoán

Đối với trường hợp xuất hiện phù một chân ở trẻ sơ sinh, chẩn đoán có thể nghĩ đến là bệnh phù bạch huyết bẩm sinh, là một thể bệnh của nhóm chẩn đoán phù bạch huyết nguyên phát. Đặc điểm của bệnh có liên đới đến khiếm khuyết di truyền của hệ bạch huyết dẫn đến tình trạng vô sản, thiếu sản hoặc chẻ nhánh của mạng lưới mạch bạch huyết.

Ở trẻ em, viêm tắc tĩnh mạch sau chấn thương, viêm mô tế bào, viêm khớp và hội chứng chèn ép khoang cũng gây ra bệnh cảnh phù một chân. Trong khi đó, tình trạng phù hai chân thường được gây ra bởi bệnh hệ thống như viêm cầu thận cấp, hội chứng thận hư, giảm protein máu, hoặc phù bạch huyết nguyên phát.

Đối với những người thích mặc quần áo thắt chặt như quần jean bó, vớ quần, và vớ chạt như trẻ thanh thiếu niên hoặc phụ nữ lớn tuổi, việc này cũng có thể gây phù ở một hoặc hai chân.

Ở người chạy bộ, nếu đột ngột xuất hiện đau và sưng vùng nhượng chân, có thể gợi ý đứt cơ bụng chân. Ngược lại, nếu đau xuất hiện từng đợt kèm tình trạng phù phía dưới và phía trên vùng đau thì hội chứng chèn ép khoang cần được nghĩ đến.

Ở phụ nữ béo phì, tình trạng hai chân to ra từ từ tiến triển trong khi các bàn chân vẫn giữ nguyên kích thước thì có thể nghĩ đến tình trạng phù mỡ ứ đọng (lipedema). Tình trạng bệnh này gây ra do có tình trạng tích đọng chất mỡ tại mô kẽ của vùng chi dưới làm căng chân to ra, không tích tụ tại vùng bàn chân nên không gây tăng kích thước của chân, thường gặp ở phụ nữ béo phì, ảnh hưởng cùng lúc 2 chân. Trong khi đó, các bệnh lý tắc mạch bạch huyết sẽ gây phù chi dưới xuất hiện bắt đầu từ đầu xa của bàn chân và lan dần lên căng chân. Chính đặc điểm có hay không có bàn chân to giúp phân biệt hai thể lâm sàng này.

Ở người nghiện rượu, phù hai chân là thể phù toàn thân nên có thể nghĩ nhanh đến khả năng bệnh xơ gan dù có hay không có báng bụng. Ở bệnh nhân đái tháo đường kéo dài nhiều năm, thường có kèm tình trạng suy giảm miễn dịch và nuôi dưỡng ngoại biên vùng chi dưới. Do vậy, nếu xuất hiện phù chân (nhất là có phù khu trú) thì có thể gợi ý chẩn đoán tình trạng viêm mô tế bào, đặc biệt là nếu kèm theo các triệu chứng của phản ứng viêm như nóng và đau.

Phù chân do suy tĩnh mạch chi dưới thường gặp ở phụ nữ, thường xuất hiện không đồng đều giữa hai chân. Bệnh thường phối hợp với các dấu chứng thiếu dưỡng đầu xa của chân như rụng lông, móng khô dày, da khô, dấu chứng tuần hoàn mạch máu nông dưới da, không có biểu hiện của phản ứng viêm tại chỗ.

Ở những bệnh nhân bị suy tim hoặc xơ gan, phù chân thường là biểu hiện nằm trong bệnh cảnh của các dấu chứng toàn thân phối hợp của bệnh nguyên phát. Ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp, phù và đau vùng xung quanh khớp gối có thể do vỡ nang Baker (phần thoát ra của bao hoạt dịch vùng khớp gối), đôi khi gây bệnh cảnh giống như giả viêm tắc tĩnh mạch (pseudophlebitis). Phù chân vùng trước xương chày ở bệnh nhân có nhịp tim nhanh, lồi mắt, hoặc có các dấu hiệu khác của cường giáp gợi ý phù niêm trước xương chày, đó là dấu hiệu hiếm gặp trong bệnh cường giáp. Phù một chân có thể than phiền của bệnh nhân mắc Sarcoma Kaposi, thường gặp phối hợp trên bệnh nhân có hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS).

3.3.2. Đặc điểm triệu chứng

Một cách khái quát phù một chân gợi ý tác nhân tại chỗ (có thể do cơ chế viêm, tắc nghẽn, ứ đọng tại chỗ) bao gồm: phù bạch huyết, suy tĩnh mạch, viêm tắc tĩnh mạch, viêm mô tế bào, vỡ cơ bụng chân, hội chứng chèn ép khoang, vỡ nang Baker, và hiếm gặp trường hợp dò động tĩnh mạch (mắc phải hoặc bẩm sinh). Chuyên biệt hơn, nếu biểu hiện phù phân bố theo trọng lực (đầu xa), nguyên nhân mạch máu và mạch bạch huyết cần chú ý tìm kiếm. Nếu biểu hiện của phù khu trú không theo vùng trọng lực thì nguyên nhân vỡ nang Baker, chấn thương cơ bụng chân, hội chứng chèn ép khoang cần quan tâm loại trừ. Nếu phù có kèm theo dấu hiệu phản ứng viêm thì các nguyên nhân viêm quầng, viêm mô tế bào, viêm tắc động mạch, abscess trong cơ, khối máu tụ trong cơ là những chẩn đoán thường gặp.

Phù hai chân gợi ý tác nhân mang tính toàn thân như suy tim, hội chứng thận hư, xơ gan, giảm albumine, viêm cầu thận cấp tính, thuốc, do chu kỳ nội tiết tố, phù chân do mang vớ / vớ quần quá chật. Các nguyên nhân phù hai chân ít gặp bao gồm phù vô căn, ứ đọng mỡ vùng chân (lipedemia), phù bạch huyết nguyên phát (khiếm khuyết di truyền) .. Các tác nhân gây phù một chân (phù khu trú) cũng có thể gây bệnh cảnh phù 2 chân nếu bệnh lan tỏa và ảnh hưởng 2 chân như: tắc nghẽn bạch huyết, suy tĩnh mạch mạn tính, và viêm mô tế bào; trong đó, viêm mô tế bào có thể thứ phát sau viêm da do ứ máu tĩnh mạch ở hai chân.

Một số bệnh cảnh đặc thù cũng cần lưu ý. Phù xuất hiện dần dần, bắt đầu ở phần xa của bàn chân và bao gồm mặt lưng của bàn chân và mắt cá chân gợi ý phù bạch huyết. Phù chân một bên và không đau ở phụ nữ > 40 tuổi có thể là dấu hiệu gợi ý tình trạng ung thư phụ khoa kèm tắc mạch bạch huyết gây phù bạch mạch thứ phát.

3.3.3. Triệu chứng kèm theo

Nếu triệu chứng nóng, đỏ, đau kèm với sưng bấp chân, có thể nghĩ đến viêm mô tế bào hoặc viêm tắc tĩnh mạch chi dưới. Dù không có triệu chứng đau vẫn không loại trừ chẩn đoán viêm tắc tĩnh mạch chi dưới, đôi khi bệnh nhân chỉ có than phiền bằng tình trạng căng tức khó chịu vùng nhượng chân. Nếu đau

kèm dấu chân sưng độc lập một bên chân, nên nghi ngờ viêm tắc tĩnh mạch, hội chứng chèn ép khoang, huyết khối động mạch, vỡ nang Baker, hoặc tổn thương – chấn thương cơ bụng chân.

Khó thở khi gắng sức, khó thở tư thế, hoặc khó thở kịch phát về đêm gợi ý suy tim là nguyên nhân gây phù chân. Nếu dấu sao mạch, dấu lòng bàn tay son, gan to, hoặc vàng da hiện diện ở bệnh nhân kèm phù chân, nên nghĩ đến xơ gan. Bệnh nhân có hội chứng thận hư thường phù chân nằm trong bệnh cảnh phù toàn thân và sưng vùng mí mắt, xuất hiện nặng ở tư thế nằm trong thời gian dài. Đặc điểm vừa rồi giúp phân biệt với bệnh lý suy tĩnh mạch chi dưới vì phù chân sẽ giảm hoặc mất nhanh khi nằm nghỉ - nâng chân cao.

3.3.4. Yếu tố thúc đẩy và làm phù chân nặng lên

Ngồi, đứng trong thời gian dài có thể gây phù chân, đặc biệt ở bệnh nhân suy tĩnh mạch. Các loại quần áo như quần jean bó hoặc vớ quần đủ chặt để ngăn cản sự hồi lưu của tĩnh mạch cũng có thể gây phù hai chân. Băng thun giữ đầu gối thường được chỉ định điều trị ở bệnh nhân bị viêm thoái hóa khớp gối hoặc phẫu thuật khớp gối, có thể cản trở sự hồi lưu tĩnh mạch và gây ra tình trạng phù chân. Các bác sĩ cần phải hỏi về việc sử dụng các băng thun này bởi vì các bệnh này thường phối hợp và người bệnh có thể không mang chúng khi đi khám bệnh.

Viêm tắc tĩnh mạch do chấn thương có thể gây ra sưng đau một chân. Các trường hợp như mang thai và tử cung lớn do các nhân xơ tử cung có thể gây tăng áp lực trong ổ bụng và có thể cản trở sự trở lại tĩnh mạch và gây sưng đau một hoặc hai chân.

Các thuốc như estrogen, thuốc tránh thai đường uống, thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs), thuốc hướng thần (lithium, thuốc chống trầm cảm ba vòng, trazodone), thuốc giãn mạch (chẹn kênh calcium, nitrat, prazosin, minoxidil), thuốc hạ đường huyết (pioglitazone, rosiglitazone), và hóa trị có thể gây giữ nước kèm với phù và khó chịu ở cả hai chân từ nhẹ đến trung bình. Các thuốc có thể làm phù tăng dần khu trú vùng thấp tại hai chân là corticosteroid, progesterone, testosterone, methyl dopa, hydralazine, và diazoxide. Các thuốc như Gabapentin và Pregabalin có thể gây phù cả bàn tay và bàn chân.

3.3.5. Yếu tố làm giảm phù chân

Chế độ ăn tiết chế muối và tạm thời ngưng các thuốc giãn mạch có thể làm cải thiện triệu chứng, nhất là trong trường hợp phù liên quan đến thuốc ức chế canci. Giảm cân có thể giúp cải thiện kích thước của khối lipedema

Mang bao vớ tĩnh mạch, hoạt động vận cơ vùng chân làm giảm triệu chứng phù trong bệnh suy tĩnh mạch chi dưới. Phù có liên quan đến tình trạng viêm của tổn thương cơ bụng chân hoặc vỡ nang Baker sẽ giảm từ từ khi phản ứng viêm giảm. Hiện tượng này cũng xảy ra tương tự trong bệnh viêm tắc huyết khối tĩnh mạch chi dưới, viêm mô tế bào. Thuốc lợi tiểu và thuốc chẹn

aldosterone được sử dụng trong điều trị hỗ trợ triệu chứng phù ở bệnh nhân xơ gan, hội chứng thận hư và suy tim (tham khảo thêm ở bài Phù và sử dụng thuốc lợi tiểu)

3.3.6. Khám thực thể

Khám chân nên bao gồm nhìn, sờ và đo đặc chu vi chân và so sánh 2 bên. Quan sát màu sắc chân và tìm các kiểu phân bố tĩnh mạch bất thường. Cả hai chân nên được thăm khám ở tư thế đứng và nằm để tìm dấu hiệu giãn các tĩnh mạch nông; tĩnh mạch xuyên; và nhiều tĩnh mạch nông vùng mu bàn chân – mắt cá chân trong và ngoài. Bệnh nhân cần được thăm khám để xác định khu vực phù. Đánh giá độ nóng – lạnh, đau, lưu ý dấu hiệu phù nề da hay loét da ở vùng thương tổn.

Lipedema không bao gồm phù bàn chân và là sự ứ đọng mỡ ở chân, trong khi phù bạch huyết bắt đầu tại vùng xa của bàn chân và bao gồm mặt lưng bàn chân (phù vùng thấp, vùng đầu xa).

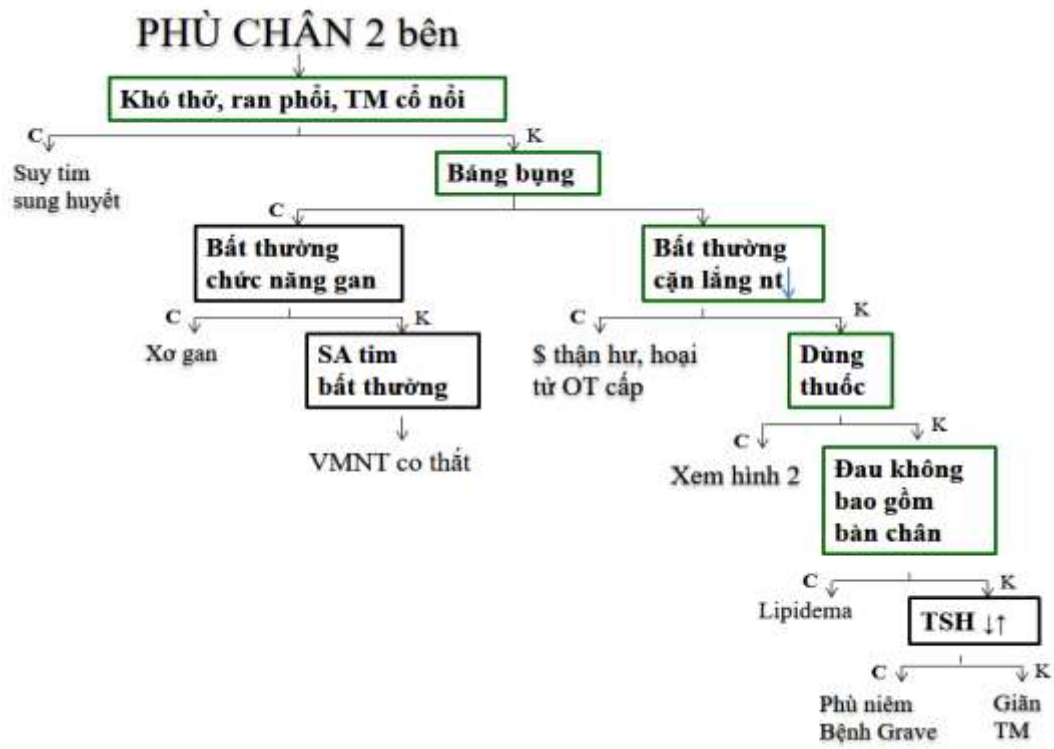
Các đặc điểm của da ở nơi phù mang nhiều hữu ích trong chẩn đoán. Bệnh nhân có thể có phù chân ấn lõm với huyết khối tĩnh mạch sâu cấp tính, suy tĩnh mạch mạn tính, và các bệnh lý gây phù toàn thân. Trong khi phù viêm, bạch huyết và lipedema là dạng phù cứng, không có dấu ấn lõm. Dày da, xơ hóa da gợi ý quá trình gây bệnh là mãn tính vì cần thời gian thay đổi cấu trúc mô. Dấu lắng đọng Hemosiderin tại mô da (vết thâm màu nâu có thể có nhiều mức độ đậm nhạt khác nhau), đặc biệt là dọc theo mắt cá trong (không ghi nhận tiền căn viêm chấn thương vùng này), có thể là dấu gợi ý của bệnh suy tĩnh mạch, ngay cả trong trường hợp không có dấu giãn tĩnh mạch. Vùng da đỏ hoặc vết dọc theo mạch bạch huyết gợi ý viêm mô tế bào. Các vết bầm ở mắt cá chân, kết hợp với đau vùng giữa nhượng chân, gợi ý tình trạng rách cơ bụng chân. Đau khi sờ nắn trên tĩnh mạch, nóng ẩm ở chân, và sự hiện diện của dấu Homans gợi ý viêm tắc tĩnh mạch. Phù hoàn toàn 1 chân hoặc phù bắp chân 1 bên so với bắp chân đối bên >3 cm cũng gợi ý tắc tĩnh mạch sâu. Sưng đau bắp chân ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp và có nang khoeo ở bên đối diện gợi ý giả tắc tĩnh mạch (tức là vỡ nang Baker).

Khám toàn diện nhằm tìm dấu hiệu của thuyên tắc phổi, bệnh tim mạn, bệnh thận mạn, hoặc xơ gan. Một số dấu hiệu thực thể của bệnh hệ thống liên quan đến phù chân bao gồm ran phổi, tĩnh mạch cổ nổi, nhịp tim nhanh, nhịp gallop, tim to gợi ý suy tim; gan to, vàng da, cổ trướng, lòng bàn tay son, nữ hóa tuyến vú, dấu sao mạch gợi ý xơ gan; tăng huyết áp, phù mí mắt gợi ý hội chứng thận hư. Một số bệnh cảnh đặc thù khác cần được đánh giá toàn :

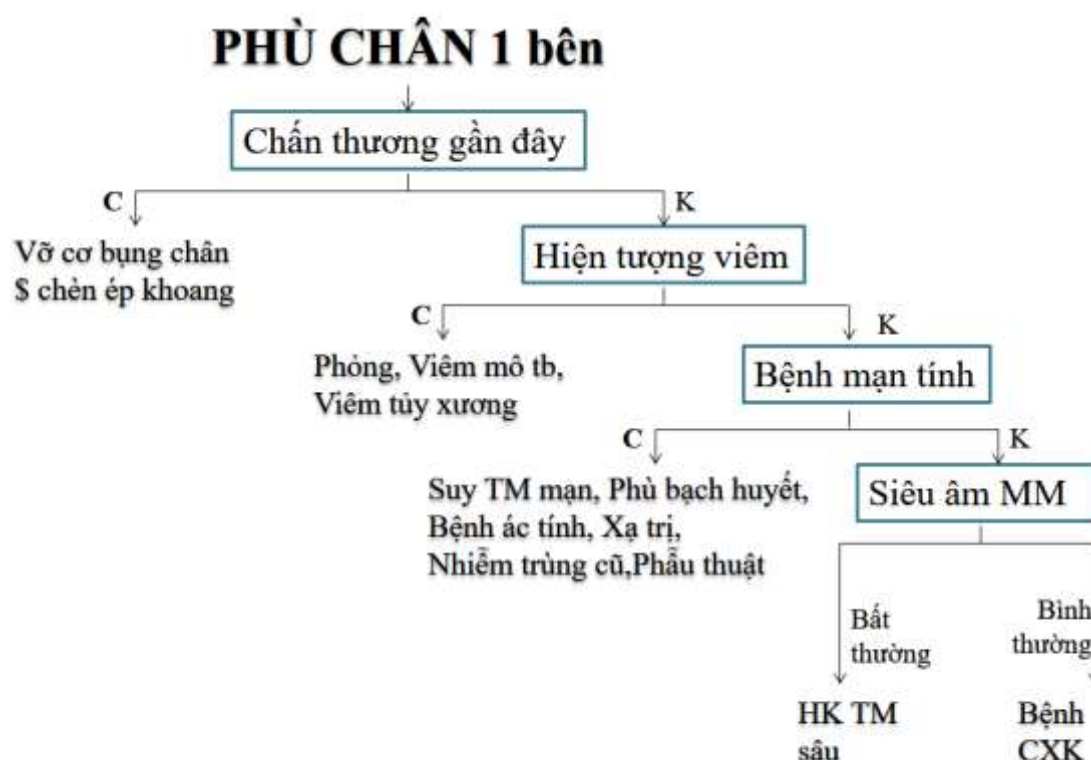
- Đợt cấp (<72 giờ)
- Tuổi >45 (xem xét khả năng có tăng áp phổi)
- Lâm sàng gợi ý bệnh toàn thân (tim, gan, thận)
- Lâm sàng nghi bệnh ác tính vùng chậu hoặc đã điều trị bệnh ác tính (phẫu thuật, xạ trị)
- Có triệu chứng của ngưng thở khi ngủ

- Sử dụng thuốc

3.4. Lưu đồ tiếp cận phù chân



Hình 1: Tiếp cận phù chân 2 bên



Hình 2: Phù chân 1 bên

3.5. Cận lâm sàng

Mặc dù chụp tĩnh mạch (venography) là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTM sâu), nhưng không cần thiết thực hiện ở tất cả bệnh nhân. Siêu âm mạch máu có thể được sử dụng để xác định chẩn đoán khi các phương pháp xâm lấn có chống chỉ định. MRI có thể được sử dụng ở thai phụ để đánh giá phù chân nhưng không được khuyến cáo dùng ở 3 tháng đầu của thai kì. Bảng điểm Wells được áp dụng để loại trừ huyết khối tĩnh mạch sâu.

Bảng 2: Phân tầng nguy cơ để loại trừ HKTM sâu ở người lớn (dựa vào siêu âm)

Bước 1: bảng điểm đánh giá yếu tố nguy cơ (tính 1 điểm cho mỗi yếu tố sau, chẩn đoán nếu có ≥ 2 tiêu chuẩn)

- Bệnh lý ác tính không điều trị
- Liệt hoặc băng bột gần đây
- Nằm tại giường >3 ngày vì đại phẫu trong 4 tuần
- Phù hoàn toàn 1 chân
- Phù bắp chân 1 bên, so với bắp chân đối diện thì chu vi >3cm
- Phù chân ấn lõm 1 bên
- Tĩnh mạch nông bồng hệ

- Tiền căn huyết khối tĩnh mạch sâu

Bước 2: thực hiện siêu âm

Điểm	Siêu âm (+)	Siêu âm (-)
0	Chẩn đoán bằng chụp TM	Loại trừ HKTMS sâu
1-2	Điều trị HKTMS sâu	Làm lại siêu âm trong 3-7 ngày
≥3 điểm	Điều trị HKTMS sâu	Chẩn đoán bằng chụp TM

3.5.1. Cận lâm sàng thích hợp để đánh giá toàn thân

- Công thức máu, Tốc độ máu lắng (ESR)
- Đường huyết
- AST, ALT
- Creatinin máu
- Albumin
- TSH
- Ion đồ
- TPTNT,

3.5.2. Các CLS đặc hiệu

- Phù cấp: D-Dimer, siêu âm mạch máu chi dưới (nếu D-Dimer tăng hoặc nghi HKTMS)
- Tuổi > 45: siêu âm tim (loại trừ tăng áp phổi, suy tim)
- Nghi bệnh tim: ECG, siêu âm tim, XQ ngực, BNP
- Nghi bệnh gan: AST, ALT, Bil TP, ALP, Prothrombin Time, Albumin máu
- Nghi bệnh thận: TPTNT, cận lắng, lipid máu
- Nghi bệnh ác tính: CT bụng/ chậu
- Nghi ngưng thở khi ngủ: nghiên cứu giấc ngủ, siêu âm tim
- Phù bạch huyết: CT bụng/ chậu
- Thuốc gây phù: xem xét giảm liều hoặc thay đổi thuốc

3.6. Phương pháp điều trị

Nguyên tắc chính là điều trị theo nguyên nhân gây phù chân. Chỉ nên sử dụng thuốc giảm đau và kháng sinh khi cần thiết. Có thể sử dụng thuốc lợi tiểu trong điều trị phù (xem thêm bài Phù và dùng thuốc lợi tiểu)

Đối với nhóm nguyên nhân suy tĩnh mạch, bạch mạch, có thể khuyến bệnh nhân tránh đứng hoặc ngồi trong thời gian dài

Theo dõi lượng nhập và xuất ở bệnh nhân, kiểm tra cân nặng, chu vi bắp chân mỗi ngày để phát hiện bất kỳ sự thay đổi trong quá trình phù chân. Xác

định nhu cầu về chế độ ăn uống như bổ sung nước, hạn chế muối...Theo dõi sự xuất hiện và diễn tiến của các vết loét da.

Ở bệnh nhân suy tĩnh mạch mạn mà không có tình trạng quá tải kèm theo, tốt nhất là tránh dùng thuốc lợi tiểu. Trong trường hợp giảm một cách tương đối thể tích nội mạch, việc dùng lợi tiểu có thể gây suy thận cấp và thiếu niệu. Ngoài ra, việc sử dụng thuốc lợi tiểu lâu dài sẽ làm tăng bài tiết aldosterone, gây phù chân. Điều trị hiệu quả nhất là : (1) Nâng cao chân trên mức tim, mỗi lần trong 30 phút, mỗi ngày thực hiện 3-4 lần, và trong suốt thời gian ngủ. (2) Mang vớ áp lực. (3) Đi bộ để tăng lượng máu tĩnh mạch trở về nhờ sự co bóp cơ vùng bắp chân.

4. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. John M. (2011). Leg Swelling. *John Murtagh 's General Practice*. Mc Graw Hill Lange.
2. John W.E (2006). Approach to Leg Edema of Unclear Etiology. *Journal of the American Board of Family Medicine*.
3. Mark B. (2009). Edema. *Family Medicine*. Mc Graw Hill Lange
4. Maxine A. P (2013). Lower extremity edema. *Current diagnosis and treatment*. Mc Graw Hill Lange.
5. Udith A. S. (2011). Edema of the leg. *Signs and symptoms*. Lippincott Williams & Wilkins.