

Chương 19 - LOÉT (ULCERS)

Những điểm chính

1. Loét có nhiều nguyên nhân
2. Chăm sóc tốt giúp vết thương nhanh lành
3. Đề chữa khỏi cần giải quyết nguyên nhân

TÓM TẮT

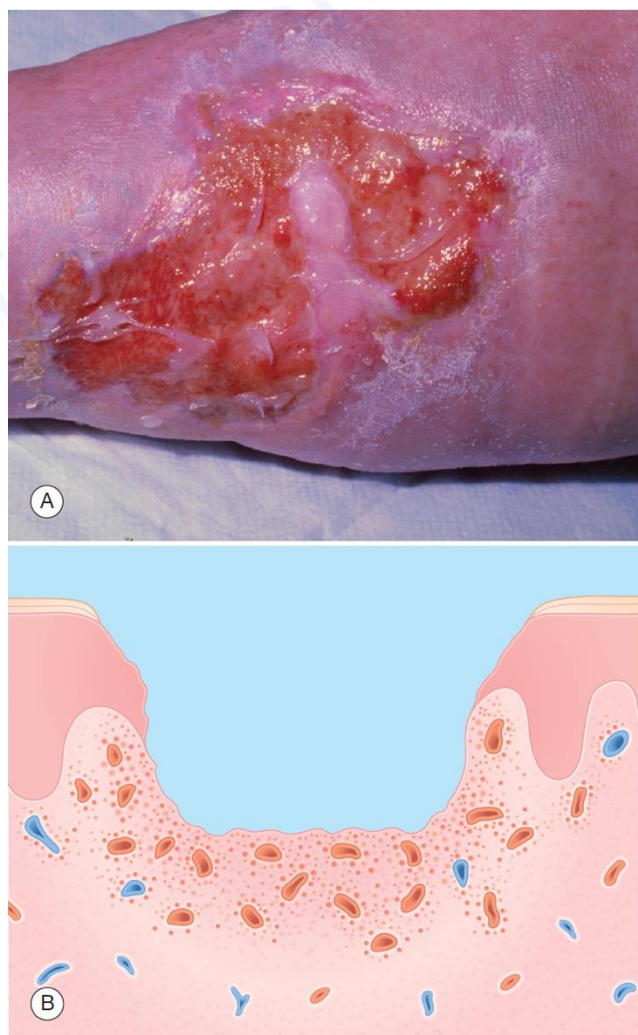
Loét có nhiều nguyên nhân, bao gồm bệnh lý mạch máu, tân sinh, rối loạn huyết học, do thuốc, bệnh mô liên kết, rối loạn thần kinh, nhiễm trùng, nguyên nhân thực thể và vô căn. Bệnh sử và thực thể có thể chỉ ra nguyên nhân. Tuy nhiên, xét nghiệm thường là cần thiết để xác nhận chẩn đoán. Điều trị tập trung vào việc loại bỏ nguyên nhân gốc rễ gây ra vết loét cùng với việc chăm sóc vết thương tốt để thúc đẩy quá trình lành thương.

ĐỊNH NGHĨA

Loét là một vết thương hở do mất lớp biểu bì và một phần hoặc toàn bộ lớp bì (Hình 19.1). Loét có nhiều nguyên nhân (Bảng 19.1). Một tiền sử chi tiết và khám thực thể thường là đủ để thiết lập chẩn đoán; tuy nhiên, các xét nghiệm có thể cần thiết để xác nhận ấn tượng lâm sàng ban đầu.

TỶ LỆ MẮC

Loét là phần nãn chính ở 0,5% bệnh nhân mới của các tác giả. Tần suất của các loại loét khác nhau phụ thuộc một phần vào hoàn cảnh của bệnh nhân. Ví dụ, loét do tư thế nằm là một vấn đề phổ biến ở bệnh nhân nằm liệt giường, trong khi bệnh phong có thể được xem xét ở bệnh nhân đến từ môi trường nhiệt đới.



HÌNH 19.1 Loét ứ đọng. A. Vết loét có hình dạng không đều được bao quanh bởi một mảng đỏ, xơ hoá. B. Biểu bì - mất một phần, viêm mãn tính, giãn mao mạch.

BẢNG 19.1 Nguyên nhân của loét

Mạch máu	Thần kinh
<ul style="list-style-type: none"> • Ứ đọng tĩnh mạch • Xơ hoá động mạch • Viêm tắc mạch huyết khối • Viêm mạch • Thuyên tắc – khối u, nhiễm trùng (SBE) • Tăng huyết áp • Chứng vôi hóa <p>Thiếu alpha-1-antitrypsin Hồng ban xơ chai Bệnh mạch máu Livedoid</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bệnh thần kinh – tiểu đường, syringomyelia, tabes dorsalis, bệnh phong, hội chứng dinh dưỡng sinh ba • Tự gây ra (factitial)
Tân sinh	Truyền nhiễm
<ul style="list-style-type: none"> • Carcinoma – da hoặc di căn • Lymphoma – mycosis fungoides • Sarcoma –Kaposi's sarcoma 	<ul style="list-style-type: none"> • Vi khuẩn – mycobacteria không điển hình, bệnh lao, bệnh bạch hầu, bệnh than, bệnh sốt thổ, hạ cam, u hạt bẹn, giang mai • Nấm – blastomycosis, histoplasmosis, chromomycosis, sporotrichosis, cryptococcosis, coccidioidomycosis, aspergillosis • Động vật nguyên sinh – leishmania, amip • Virus – herpes
Huyết học	Thực thể
<ul style="list-style-type: none"> • Bệnh huyết sắc tố – thiếu máu hồng cầu hình liềm, hồng cầu hình cầu, thalassemia • Rối loạn globulin huyết – cryoglobulin huyết, macroglobulin huyết • Rối loạn tăng đông máu 	<ul style="list-style-type: none"> • Chrome • Coral • Beryllium • Bức xạ • Chấn thương • Lạnh • Nhiệt • Áp lực (decubitus) • Vết cắn (nhện nâu ẩn dật)
Liên quan đến thuốc	Không xác định
<ul style="list-style-type: none"> • Methotrexate • Bleomycin • Ergot • Coumarin • Heparin • Iodine • Bromine <p>Sử dụng thuốc bất hợp pháp</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Viêm da mũ hoại thư • Bệnh hoại tử lipoidica • Loét aphotous • Bệnh Behcet • Bệnh Crohn
Bệnh mô liên kết	
<ul style="list-style-type: none"> • Viêm khớp dạng thấp • Lupus ban đỏ • Xơ cứng bì • Viêm bì cơ 	
SBE, Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn bán cấp.	

TIỀN SỬ

Tiền sử bắt đầu với cách khởi phát. Vết loét là cấp tính hay mãn tính? Sự xuất hiện đột ngột của đau dữ dội ở một chi gợi ý tắc động mạch do thuyên tắc hoặc huyết khối. Con đau khởi phát từ từ khi gắng sức và giảm khi nghỉ ngơi là đặc điểm của đau cách hồi do xơ cứng động mạch. Tiền sử căng

chân nặng, đau và sưng, đặc biệt là sau thời gian đứng hoặc ngồi không hoạt động, là điển hình của ứ đọng tĩnh mạch.

Bệnh nhân bị loét do tân sinh thường có tiền sử khối tăng trưởng phát triển trước vết loét. Tiền sử gia đình rất quan trọng trong chẩn đoán loét do bệnh lý huyết sắc tố như thalassemia và thiếu máu hồng cầu hình liềm.

Loét do tự gây ra được nghi ngờ ở những bệnh nhân có tiền sử rối loạn cảm xúc và hành vi quá mức hoặc quá thờ ơ. Nếu vết loét không đau, nên nghi ngờ vết loét do thần kinh.

Có các tác nhân truyền nhiễm khác nhau gây loét. Khởi phát cấp tính sau khi tiếp xúc với động vật hoang dã ở một bệnh nhân bị sốt, ớn lạnh và khó chịu gợi ý chẩn đoán bệnh sốt thổ, bệnh dịch hạch hoặc bệnh than. Lịch sử du lịch đặc biệt quan trọng trong việc xem xét các bệnh nhiệt đới như bệnh amip hoặc bệnh leishmania. Tiền sử tình dục là quan trọng nếu nghi ngờ nguyên nhân hoa liễu.

Tiền sử dùng thuốc không nên bị bỏ qua. Tuy nhiên, chỉ do dùng thuốc là một nguyên nhân gây loét hiếm gặp. Thông thường, các vết loét là thứ phát sau hoại tử biểu bì do thuốc hoặc viêm mạch. Allopurinol, thuốc an thần, thuốc chống co giật và thuốc kháng sinh có thể gây ra những đợt phát ban này. Nguyên nhân của vết loét thực thể thường không phải là vấn đề chẩn đoán vì bệnh nhân dễ dàng nhận thấy.

Tiền sử:

1. Khởi phát
2. Triệu chứng
3. Tân sinh
4. Tiền sử gia đình
5. Tiền sử xã hội
6. Du lịch
7. Dùng thuốc

DẤU HIỆU LÂM SÀNG

Khám thực thể nên bao gồm các đặc điểm của vết loét (ví dụ: kích thước, hình dạng, màu sắc), vị trí (ví dụ: chân, bộ phận sinh dục, móng) và các dấu hiệu thực thể liên quan (ví dụ: vùng da xung quanh, mạch đập, dấu hiệu thần kinh). Những thay đổi về màu da, nhiệt độ da và kiểu mạch gợi ý bệnh mạch máu ngoại vi do xơ cứng động mạch. Da có màu đỏ tía với sự phụ thuộc, nhưng chuyển sang nhợt nhạt khi đầu chi được nâng lên. Trong thiếu máu cục bộ nghiêm trọng mãn tính, da và cơ trở nên teo cùng với rụng tóc và móng giòn, đục. Da mát và

mất mạch ngoại vi. Bệnh nhân bị loét chân hoặc mất cá chân do thiếu máu cục bộ cũng có thể bị loét ngón chân.

Phù cẳng chân, xơ chai, chuyển màu nâu, chấm xuất huyết và viêm da là điển hình của suy tĩnh mạch. Loét ú đọng (xem Hình 19.1) hiếm khi xảy ra dưới mức của mắt cá. Giãn tĩnh mạch có thể nổi rõ hoặc không.

Nhiều vết loét nhỏ (0,5–2 cm) xuất hiện chủ yếu ở cẳng chân gợi ý viêm mạch (Hình 19.2). Bờ vết loét luôn có ban xuất huyết, xuất huyết và hoại tử. Các sản và nốt xuất huyết đóng mài cũng xảy ra.



HÌNH 19.2 Viêm mạch – nhiều vết loét hình thành trên chân của một bệnh nhân bị viêm khớp dạng thấp.

Sự phát triển của từng nốt hoặc nhiều nốt trên da bị loét là đặc điểm của khối tân sinh tiềm ẩn (Hình 19.3). Tuy nhiên, một nốt xuất hiện trước không phải lúc nào cũng có trong vết loét ác tính. Loét ở 1/3 dưới của cẳng chân trên mắt cá chân ở một bệnh nhân người lớn da đen là biểu hiện chính của bệnh hồng cầu hình liềm đồng hợp tử (Hình 19.4).

Các vị trí bị áp lực và chấn thương, đặc biệt là ở bàn chân mất cảm giác, rất dễ bị loét do thần kinh (mal perforans), xảy ra chủ yếu ở bệnh nhân tiểu đường hoặc bệnh phong. Vết loét thường có mô sẹo mềm, sần sùi đáng kể.

Các vết loét hình học, có hình dạng kỳ lạ, góc cạnh là đặc điểm của nguyên nhân tự gây ra. Loét vùng sinh dục gợi ý nguyên nhân hoa liễu cao, có thể là herpes simplex, giang mai, hạ cam, hoặc u hạt bện.

Loét do vật lý phổ biến nhất (3% bệnh nhân nhập viện) là loét tì đè hoặc loét do tư thế nằm. Lực cắt, ma sát, độ ẩm và áp lực góp phần vào sự phát triển

của các vết loét này. Bệnh nhân nằm liệt giường hoặc ngồi xe lăn không thể di chuyển có nguy cơ cao nhất. Những bệnh nhân này thường là người lớn tuổi và thường xuyên đi tiểu không tự chủ. Các vị trí phổ biến nhất là vùng xương cụt và xương cụt, củ ngồi và đốt sống lớn hơn. Những vết loét này bắt đầu là những vùng xơ chai không đều, không rõ ràng, hơi đỏ, giống như trà xước. Một khiếm khuyết da với toàn bộ độ dày phát triển lan rộng vào mô dưới da và cuối cùng vào cân sâu và cơ.



HÌNH 19.3 Mycosis fungoides – mảng loét và khối u trên lưng.



HÌNH 19.4 Thiếu máu hồng cầu hình liềm – vết loét ở cẳng chân ở một bệnh nhân da đen.

Một vết loét phát triển nhanh, gây đau với bờ lõm và hoại tử là đặc điểm của viêm da mũ hoại thư (Hình 19.5). Những vết loét này thường xảy ra ở cẳng chân. Viêm da mũ hoại thư thường liên quan đến viêm loét và viêm đại tràng u hạt, viêm khớp dạng thấp và các bệnh tăng sinh tủy.



HÌNH 19.5 Viêm da mũ hoại thư – loét chân ở bệnh nhân mắc bệnh viêm ruột.

XÉT NGHIỆM VÀ SINH THIẾT

Các xét nghiệm là cần thiết để xác nhận nguồn gốc của một số vết loét sau khi hỏi bệnh sử và khám lâm sàng. Một số kiểm tra mạch máu có thể được sử dụng để đánh giá bệnh mạch máu ngoại biên. Thử nghiệm không xâm lấn gián tiếp và trực tiếp được sử dụng ban đầu để xác định năng lực động mạch. Chỉ số mắt cá chân: cánh tay là xét nghiệm sàng lọc tốt nhất để loại trừ bệnh động mạch ngoại biên. Khi cứu chi được chỉ định, chụp động mạch chọn lọc và/hoặc siêu âm hai chiều động mạch có thể xác định vị trí và xác định mức độ tắc nghẽn động mạch. Photoplethysmography được thực hiện ở bệnh nhân để phân định các bất thường về sinh lý và bệnh lý tĩnh mạch và động mạch. Ngoài ra, photoplethysmography có thể được sử dụng để xác định tưới máu qua da ở rìa vết loét và do đó giúp dự đoán khả năng chữa lành vết thương. Chụp song công tĩnh mạch được sử dụng để loại trừ suy tĩnh mạch, huyết khối tĩnh mạch sâu và viêm tắc tĩnh mạch nông.

Dịch: Bs. Trương Tấn Minh Vũ

Một số xét nghiệm máu có thể hữu ích trong việc xác định vết loét. Các bệnh mô liên kết được chẩn đoán lâm sàng bằng các xét nghiệm huyết thanh học hỗ trợ, bao gồm xét nghiệm kháng thể kháng nhân, yếu tố dạng thấp, kháng thể kháng DNA, kháng thể kháng phospholipid và chất chống đông máu lupus. Bệnh nhân nghi ngờ có rối loạn huyết học có thể được chẩn đoán bằng các xét nghiệm thích hợp cho bệnh thiếu máu hồng cầu hình liềm, bệnh hồng cầu hình cầu, bệnh thalassemia và rối loạn globulin máu.

Nuôi cấy là cần thiết để chẩn đoán nhiễm trùng nhiệt đới hoặc không thường gặp. Nuôi cấy định kỳ các vết loét mãn tính thường phát triển hỗn hợp các sinh vật. Tuy nhiên, liệu pháp kháng sinh đối với vết loét bị nhiễm trùng thứ phát mà không điều trị nguyên nhân cơ bản sẽ không giúp chữa lành vết loét. Chụp X quang chân đoán được chỉ định khi viêm tủy xương tiềm ẩn là một biến chứng có khả năng.

Sinh thiết được chỉ định cho tất cả các vết loét mãn tính không rõ nguồn gốc và đặc biệt hữu ích trong việc loại trừ khối u. Các nguyên nhân gây loét mạch máu, bao gồm ứ đọng tĩnh mạch và viêm mạch, có những thay đổi mô học đặc trưng. Loét truyền nhiễm được chẩn đoán bằng sinh thiết da, với các vết nhuộm đặc biệt được sử dụng để xác định sinh vật gây bệnh. Ngoài ra, một phần mẫu sinh thiết được gửi đến phòng thí nghiệm vi sinh để nuôi cấy (Hình 19.6).



HÌNH 19.6 Sporotrichosis – loét ngón tay phát triển sau chấn thương khi làm vườn.

Sinh thiết các vết loét mãn tính không rõ nguyên nhân, để loại trừ ung thư.

Xét nghiệm:

1. Đánh giá mạch máu
2. Xét nghiệm máu
3. Nuôi cấy
4. Sinh thiết

ĐIỀU TRỊ

Điều trị thích hợp phụ thuộc vào việc xác định chính xác và loại bỏ nguyên nhân. Suy tĩnh mạch hoặc động mạch là nguyên nhân phổ biến nhất gây loét ở bệnh nhân ngoại trú, và điều chỉnh các bất thường mạch máu tiềm ẩn, nếu có thể, là tối quan trọng. Ví dụ, các vết loét ứ đọng khó có thể lành ở bệnh nhân bị phù nề kéo dài do tĩnh mạch bị suy. Ép từ bên ngoài chân bị bệnh tĩnh mạch là liệu pháp hiệu quả nhất. Ban đầu, vết loét ứ đọng và phù nề được điều trị bằng một chiếc giày nén được thay hàng tuần. Sau khi lành bệnh, sử dụng vớ nén đàn hồi trung bình, cao đến đầu gối để ngăn ngừa loét ứ đọng tái phát.

Phẫu thuật, hóa trị và xạ trị được sử dụng để điều trị loét do ung thư. Điều trị quan trọng nhất đối với loét do thần kinh và loét do áp lực là ngăn ngừa áp lực, ma sát và chấn thương. Giảm áp lực bằng các thiết bị cơ học, như giày chỉnh hình cho bệnh nhân tiểu đường bị loét chân. Nhiễm trùng đòi hỏi phải điều trị bằng kháng sinh thích hợp. Loại bỏ thuốc gây ra là biện pháp khắc phục rõ ràng cho vết loét do thuốc gây ra.

Việc quản lý chung các vết loét bao gồm các biện pháp thúc đẩy quá trình lành vết thương, như cắt bỏ vết thương hoặc phẫu thuật, băng kín vết thương, điều trị nhiễm trùng và dinh dưỡng tốt. Nhiều tác nhân được sử dụng để loại bỏ các mô bị hoại tử và có mũ khỏi vết thương, bao gồm băng ẩm để khô với nước muối sinh lý.

Băng kín được làm từ nhiều polyme khác nhau (ví dụ: polyetylen, polyurethane) góp phần đáng kể vào điều trị loét. Những loại băng này giữ ẩm cho vết loét, một tính năng thúc đẩy sửa chữa biểu bì thông qua sự di chuyển của các tế bào biểu mô trên vết loét. Ban đầu, một lượng lớn dịch tiết hình thành dưới lớp băng kín, giúp loại bỏ lớp mài và các mảnh vụn hoại tử thông qua quá trình tiêu hóa tự phân giải. Băng phải được thay 2 đến 3 ngày một lần do tích tụ dịch tiết, nhưng khi vết thương lành, băng có thể được thay ít thường xuyên hơn (5–7 ngày một lần). Một đặc điểm khác của băng kín là giảm đau đáng kể.

Việc sử dụng thuốc kháng sinh uống và bôi thường không hiệu quả vì sự phát triển của vi khuẩn kháng thuốc. Thuốc kháng sinh nên được dành riêng cho các vết loét phức tạp do viêm mô tế bào, viêm bạch huyết hoặc nhiễm trùng huyết.

Can thiệp phẫu thuật (phẫu thuật ghép hoặc cắt huyết khối) là cần thiết ở những bệnh nhân mắc bệnh mạch máu ngoại vi. Trong các vết loét tĩnh mạch không đáp ứng với liệu pháp bảo tồn hơn, ghép da thường là cần thiết.

Điều trị vết loét

Ban đầu

Điều chỉnh hoặc điều trị nguyên nhân tiềm ẩn

- Suy tĩnh mạch – giày hoặc vớ ép
- Thiếu năng động mạch – phẫu thuật
- Khó tân sinh – phẫu thuật, hóa trị, xạ trị
- Nhiễm trùng – thuốc kháng sinh, thuốc kháng nấm, thuốc kháng virus
- Loét thần kinh hoặc tư thế nằm – loại bỏ áp lực
- Viêm mạch hoặc viêm da mũ hoại thư – prednisone, dapsone, thuốc ức chế miễn dịch, thuốc sinh học, điều trị bệnh liên quan

Thúc đẩy chữa lành vết thương

- Làm sạch và/hoặc cắt bỏ – phẫu thuật, enzym
- Băng – không dính, kín, hoặc ẩm để khô

Thay thế

- Kiểm soát nhiễm trùng thứ cấp – kháng sinh
- Ghép da

DIỄN TIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

Tỷ lệ lành vết loét có liên quan trực tiếp đến việc điều trị thành công nguyên nhân và các yếu tố làm trầm trọng thêm, cũng như ngăn ngừa các biến chứng. Ví dụ, một vết loét ứ đọng tĩnh mạch có thể tồn tại trong nhiều năm nếu không được điều trị đầy đủ. Loại bỏ các yếu tố làm trầm trọng thêm như nhiễm trùng thứ cấp và các mảnh vụn hoại tử thúc đẩy quá trình lành vết loét. Các biến chứng như viêm mô tế bào, viêm hạch bạch huyết, nhiễm trùng máu và viêm tủy xương có thể làm vết loét khó lành hơn và kéo dài thời gian loét.

Biến chứng:

1. Viêm mô tế bào
2. Viêm bạch huyết
3. Nhiễm trùng máu
4. Viêm tủy xương

CƠ CHẾ BỆNH SINH

Các tác nhân truyền nhiễm, hóa chất độc hại, tổn thương vật lý và mất dinh dưỡng do gián đoạn mạch máu ở da gây chết tế bào, mất mô và loét. Chừng nào tế bào còn tiếp tục chết, vết loét sẽ còn tồn tại.

Chữa lành vết loét là một quá trình sinh học phức tạp đòi hỏi nguồn cung cấp mạch máu nguyên vẹn, phản ứng viêm và tăng sinh nguyên bào sợi, tế bào nội mô và tế bào sừng. Tính toàn vẹn của lớp bì phụ thuộc vào sự tổng hợp collagen, elastin và proteoglycan (chất nền) bởi nguyên bào sợi. Sửa chữa biểu bì cần sự tăng sinh và di chuyển của các tế bào sừng trên một chất nền fibrin-fibronectin hỗ trợ. Quá trình viêm luôn đồng hành với quá trình lành vết thương, trong đó đại thực bào là tế bào thiết yếu và quan trọng nhất. Các yếu tố tăng trưởng khác nhau (ví dụ: biểu bì, có nguồn gốc từ tiểu cầu, nguyên bào sợi và yếu tố tăng trưởng biến đổi- β) biểu hiện có vai trò trong việc lành vết thương bằng cách tăng cường tái lập biểu mô và mô hạt.