

**CẨM NANG
Y KHOA
THỰC HÀNH**

NGUYỄN MINH TIẾN

Biên soạn

CẨM NANG Y KHOA THỰC HÀNH

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

LỜI GIỚI THIỆU

Ngày nay, song song với sự đi lên của đời sống xã hội, con người cũng quan tâm nhiều hơn đến vấn đề sức khỏe của bản thân. Y học là một kho tàng kiến thức rộng lớn mà nhân loại phải mất rất nhiều công sức để nghiên cứu. Cơ thể chúng ta là một bộ máy tinh vi. Các bộ phận, chi tiết nhỏ trong bộ máy đó hoạt động phối hợp với nhau rất nhịp nhàng, dưới sự điều khiển của bộ não. Khi có bất cứ bộ phận nào trong cơ thể bị tác động xấu bởi các tác nhân bên trong hoặc bên ngoài, đều sẽ dẫn đến sự khó chịu cho cơ thể ở các mức độ khác nhau.

Cuốn sách “*Cẩm nang y khoa thực hành*” thực sự là một cuốn cẩm nang để tra cứu dễ dàng những bệnh lý thông thường, khi có một bộ phận nào đó trong cơ thể bị trục trặc. Sách dày hơn 500 trang, được bố cục thành nhiều phần chi tiết về hầu hết những bệnh lý thường gặp ở các hệ thống trong cơ thể, như bệnh ở mắt, bệnh ở tai mũi họng, bệnh ở hệ tim mạch, bệnh ở đường hô hấp... Mỗi bệnh lý lại được trình bày thành ba phần cụ thể: nguyên nhân, chẩn đoán và cách điều trị. Đặc biệt, sách này còn có những phần riêng nói về các vấn đề đối với trẻ sơ sinh

Cẩm nang y khoa thực hành

và trẻ nhỏ, các vấn đề về giới tính, hướng dẫn các biện pháp kế hoạch hóa gia đình...

Cuốn sách được viết với lời văn cô đọng, ngắn gọn, súc tích và dễ hiểu, rất phù hợp với đông đảo bạn đọc ở các lứa tuổi, ngành nghề khác nhau, là một tài liệu đặc biệt hữu ích trong phạm vi gia đình, có thể dùng vào việc tham khảo cũng như thực hành.

Nhà xuất bản Y học đánh giá cao và xin trân trọng giới thiệu với quý vị độc giả.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Lời nói đầu

Cách đây vài năm, chúng tôi có biên soạn và giới thiệu cùng độc giả quyển “*Cẩm nang sức khỏe gia đình*”,⁽¹⁾ với những thông tin cơ bản cần thiết và hữu ích trong việc bảo vệ sức khỏe gia đình, nghĩa là những gì mà mỗi người đều có thể tự làm được và cần thiết phải làm để bảo vệ tốt sức khỏe cho bản thân và những người thân trong gia đình khi có những vấn đề về sức khỏe. Thông tin phản hồi từ độc giả sau khi quyển sách được lưu hành đã khuyến khích chúng tôi rất nhiều, bởi tính chất thiết thực, dễ hiểu và dễ sử dụng của quyển sách đã được nhiều độc giả hoan nghênh.

Và điều đó đã động viên chúng tôi tiếp tục tiến hành việc biên soạn quyển sách này, với nhan đề “*Cẩm nang y khoa thực hành*”. Nội dung sách thực sự không nhắm đến các đối tượng chuyên môn trong ngành y, mà là muốn cung cấp một số những thông tin cơ bản có thể xem là rất cần thiết trong nhiều trường hợp xử trí bệnh, khi không

⁽¹⁾ Cẩm nang sức khỏe gia đình – Nguyễn Minh Tiến biên soạn, NXB Y học, 2003.

có đủ điều kiện để điều trị tại bệnh viện, hoặc trong một số trường hợp là chưa cần thiết phải vào bệnh viện.

Như vậy, quyển sách sẽ rất tiện dụng cho những ai muốn tìm hiểu nhiều hơn về các vấn đề sức khỏe, ngoài những kiến thức chỉ mang tính phổ thông. Ngoài ra, sách cũng sẽ giúp ích cho những người làm công việc khám và trị bệnh nhưng không may mắn có được môi trường làm việc đầy đủ, chẳng hạn như ở các vùng sâu, vùng núi, hải đảo... hoặc tại các trạm y tế xã, phường... Trong những điều kiện đó, thường thì chúng ta không thể có được đầy đủ những thông tin tham khảo khi cần thiết, không có đủ những máy móc thiết bị để hỗ trợ cho việc chẩn đoán cũng như điều trị, và nhất là không có được nhiều đồng nghiệp để cùng nhau bàn bạc trước khi đưa ra những quyết định xử lý kịp thời đối với một số ca bệnh quan trọng. Trong những trường hợp đó, quyển sách này có thể là một nguồn tham khảo dễ sử dụng cho bất cứ ai, có thể nhắc nhở chúng ta những điều quan trọng cần làm ngay, hướng dẫn trình tự các bước xử trí cần thiết đối với từng trường hợp, và nhất là giúp chúng ta phát hiện ngay những ca bệnh nghiêm trọng để kịp thời chuyển người bệnh đến nơi điều trị thích hợp.

Những thông tin được thu thập trong cuốn sách này thật ra đã được phổ biến trên khắp thế giới bằng Anh ngữ, thông qua mạng *Internet* cũng như qua các hình thức truyền bá khác của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). Tuy nhiên, trên cơ sở những mục tiêu nhắm đến khi biên

soạn nên công việc của chúng tôi là cố gắng hệ thống các nguồn tư liệu sao cho chúng có thể trở nên dễ sử dụng nhất đối với người đọc, cũng như trình bày chúng theo cách dễ hiểu nhất để bất cứ ai quan tâm đến các vấn đề về sức khỏe cũng đều có thể sử dụng được mà không đòi hỏi phải có một nền tảng kiến thức sâu rộng về y học.

Đây là một công việc khó khăn và phức tạp, do đó chúng tôi tự biết là, với những hạn chế nhất định về năng lực và trình độ, chắc chắn sẽ không thể tránh được ít nhiều sai sót. Mặc dù vậy, chúng tôi vẫn mạnh dạn thực hiện công việc với hy vọng có thể mang lại những lợi ích thiết thực nhất định cho đông đảo bạn đọc, bởi vì không phải ai trong chúng ta cũng may mắn có được những kiến thức chuyên môn sâu rộng về y học, nhưng sự thật là tất cả chúng ta đều phải đối mặt với những bệnh tật khác nhau của chính mình hoặc của những người thân thuộc trong gia đình. Trong những trường hợp đó, một quyển sách như thế này bao giờ cũng sẽ là một người bạn tốt và hữu ích.

Vì thế, chúng tôi rất mong nhận được sự cảm thông của độc giả gần xa về những sai sót nếu có trong quá trình biên soạn, cũng như xin chân thành đón nhận và biết ơn mọi ý kiến đóng góp xây dựng để nội dung cuốn sách trong lần tái bản sẽ được hoàn thiện hơn.

Bệnh mắt

CHẢY NƯỚC MẮT BẤT THƯỜNG

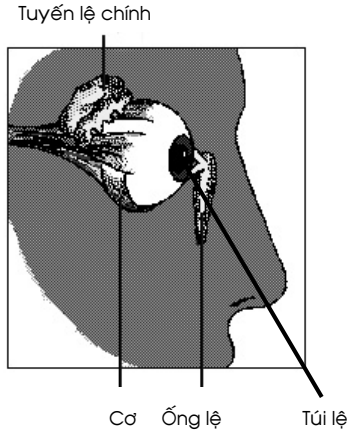
Nguyên nhân

Chảy nước mắt bất thường là trường hợp nước mắt chảy ra nhiều và không phải do cảm xúc như bình thường.

Trong mắt có *tuyến lệ* chính và một số *tuyến lệ* phụ. *Tuyến lệ* chính nằm ở góc trên của mí mắt trên và về phía ngoài. Các *tuyến lệ* phụ nằm rải rác trong kết mạc, ở cả mí trên và mí dưới. Nước mắt do các *tuyến lệ* tạo ra có tác dụng giữ cho *giác mạc* và *kết mạc* luôn ẩm ướt và rửa trôi các bụi bặm hay dị vật nhỏ lọt vào mắt. Bình thường, nước mắt được tạo ra liên tục, sau khi thấm ướt *giác mạc* và *kết mạc* sẽ chảy vào các lỗ lệ nằm ở góc phía trong của mí mắt, rồi theo một đoạn ống dẫn chảy vào *túi lệ*. *Túi lệ* nằm trong một hốc lõm của xương lệ, có *ống lệ* (*lệ đạo*) dẫn xuống hốc mũi. Khi ta chớp mắt, *túi lệ* bị ép lại làm cho nước mắt từ *túi lệ* tràn ra, chảy vào trong hốc mũi theo *ống lệ*.

Với cơ chế hoạt động bình thường này, nước mắt tuy được tạo ra liên tục nhưng không chảy ra ngoài mắt. Chỉ khi có những cảm xúc mạnh làm cho *tuyến lệ* tạo nhiều

nước mắt hơn mức thông thường, nước mắt mới chảy ra khỏi mắt.



Chảy nước mắt bất thường có thể rơi vào một trong hai trường hợp, với các nguyên nhân khác nhau như sau:

- Trường hợp thứ nhất, tuyến lệ tạo ra quá nhiều nước mắt do *kết mạc* hay *giác mạc* bị kích thích. Những nguyên nhân gây kích thích thường gặp nhất là bụi hay dị vật lọt vào mắt, tiếp xúc nhiều với gió, lông mi mọc vào trong. Mắt bị kích thích cũng có thể là dấu hiệu của dị ứng.
- Trường hợp thứ hai do tắc nghẽn kênh dẫn lưu nước mắt. Những nguyên nhân có thể là: nhiễm trùng

đường hô hấp trên, mí mắt quặm, lông mi mọc vào trong, hoặc nghẽn *lệ đạo* (ống dẫn nước mắt).

Chẩn đoán

Bệnh sử

- Kiểm tra các triệu chứng nhiễm trùng đường hô hấp trên.
- Các dấu hiệu của dị ứng.
- Các chấn thương.

Thăm khám

- Xem xét giác mạc tìm dị vật.
- Xem xét mí mắt tìm các dấu hiệu bất thường của mí mắt, lông mi.
- Quan sát tìm lông mi trong tuyến lệ.
- Kiểm tra các triệu chứng của viêm kết mạc.
- Nếu nghi ngờ có dị vật trong mắt, có thể lộn mí mắt ra để quan sát.

Điều trị

Tùy theo nguyên nhân và kết quả thăm khám, có thể áp dụng một trong các biện pháp sau:

- Nếu nghẽn lệ đạo, có thể dùng ngón tay ấn nhẹ vào và xoa nắn ở vị trí của tuyến lệ, mỗi ngày 2 lần.

- Nếu mắt đỏ, cho dùng thuốc nhỏ mắt có kháng sinh.
- Dùng gạc mềm thấm nước vừa ẩm để lau mắt thường xuyên có thể giúp giảm nhẹ triệu chứng.
- Có thể cần gây mê để thăm dò lệ đạo nếu việc điều trị không có kết quả kéo dài đến 6 tháng.
- Nếu có lông mi trong tuyến lệ, dùng một cái kẹp loại nhỏ để gắp ra.
- Các trường hợp như mí mắt quặm, lông mi mọc vào trong có thể cần phải điều trị bằng phẫu thuật.
- Tránh không dùng thuốc nhỏ mắt hoặc thuốc mỡ, trừ khi có dấu hiệu chắc chắn là viêm kết mạc.

MẮT KHÔ

Nguyên nhân

Mắt khô là tình trạng có rất ít nước mắt, giác mạc và kết mạc không được làm ẩm. Người bệnh cảm thấy mắt khó chịu, căng tức hoặc ngứa, thậm chí có thể rất đau.

Khô mắt có thể là một dạng bệnh tự phát hoặc do tuổi già, nhưng nguyên nhân phổ biến nhất là *viêm kết mạc*. Một số nguyên nhân hiếm gặp khác có thể là: hội chứng *Sjögren* (*viêm khớp dạng thấp*), bệnh *sarcoïd*, nhiễm *Chlamydia trachomatis*, viêm giác mạc, hội chứng *Stevens-Johnson* và bệnh *Pemphigus*.

Chẩn đoán

- Tìm các triệu chứng của viêm kết mạc như ngứa mắt, chảy ghèn nhiều và mắt đỏ ngẫu.
- Tìm các dấu hiệu nhiễm trùng mắt hoặc mí mắt quặm, lông mi mọc vào trong.
- Nếu nghi ngờ nhiễm trùng, dùng tăm bông lấy dịch tiết ở mắt để làm xét nghiệm xác định loại vi khuẩn gây bệnh.
- Xét nghiệm *Schirmer* được thực hiện bằng cách dùng một loại giấy thấm đặc biệt đặt ở rìa dưới của mí mắt. Quan sát độ thấm của giấy có thể giúp xác định mức độ khô mắt. Tuy nhiên, trong thực tế thì biện pháp này không giúp gì nhiều cho việc điều trị.

Điều trị

- Cho dùng thuốc nhỏ mắt có kháng sinh nếu nghi ngờ viêm kết mạc.
- Cho dùng thuốc nhỏ mắt Hypromellose khi cần thiết thường là cách điều trị hữu hiệu nhất đối với chứng khô mắt mạn tính.
- Điều trị các bệnh có thể là nguyên nhân gây khô mắt.
- Đề nghị phẫu thuật trong những trường hợp mí mắt quặm, lông mi mọc vào trong.

LỆO MẮT**Nguyên nhân**

Lẹo mắt xuất hiện do các chân lông mi bị nhiễm trùng, thường có mủ, làm cho viền mí mắt sưng đỏ và đau. Đây là bệnh rất thường gặp.

Chẩn đoán

Chủ yếu dựa vào sự quan sát trực tiếp ở mắt.

Điều trị

- Dùng gạc mềm thấm nước ấm đắp lên mắt, hoặc xông hơi thường xuyên.
- Khi chỗ sưng đã nhọn đầu, có thể nhỏ sợi lông có chân bị nhiễm trùng, ép nhẹ cho mủ chảy ra sẽ giúp người bệnh giảm sưng đau.
- Có thể cho dùng thuốc kháng sinh nhỏ mắt như *chloramphenicol* nếu thấy là cần thiết.

CHẮP MẮT**Nguyên nhân**

Chấp mắt còn được gọi là *nang tuyến Meibonius*, là sự sưng phồng không gây đau ở khoảng giữa mí mắt trên hoặc dưới, gây ra do tuyến *Meibonius* bị tắc nghẽn. Nếu chỗ sưng quá lớn sẽ ép vào giác mạc, thị lực của bệnh nhân sẽ bị mờ đi. Nếu nang này bị nhiễm trùng, mí mắt sẽ sưng đỏ và đau.

Chẩn đoán

Chủ yếu dựa vào sự quan sát trực tiếp ở mắt.

Điều trị

Khoảng 1/3 các trường hợp chấp mắt tự khỏi mà không cần điều trị. Các trường hợp không tự khỏi cần điều trị như sau:

- Nếu có nhiễm trùng cấp tính, cho dùng thuốc kháng sinh nhỏ mắt như *chloramphenicol* và hướng dẫn bệnh nhân xông hơi nóng vào mắt thường xuyên. Thường thì nang sẽ vỡ vào kết mạc.
- Nếu chấp kéo dài hoặc nang quá lớn, có thể phải đề nghị phẫu thuật. Bệnh nhân được gây tê tại chỗ, sau đó mí mắt được lộn ngược ra ngoài, những chỗ có chấp được cắt và làm sạch.

VIÊM MÍ MẮT**Nguyên nhân**

Viêm mí mắt thường là do dùng tay bẩn dụi vào mắt, hoặc cũng có thể là do đi kèm với các bệnh chàm ở da hay gàu da đầu, và nhất là *viêm da tiết bã nhờn*. Viêm mí mắt làm cho mắt đỏ và ngứa, trên bờ mí mắt có da đóng vẩy. Đôi khi trong mắt cũng đỏ. Bệnh thường kéo dài và rất dễ tái phát.

Chẩn đoán

Quan sát kỹ các dấu hiệu ở mắt để xác định.

Điều trị

- Dùng gạc mềm thấm nước ấm để rửa sạch mắt thường xuyên.
- Hướng dẫn bệnh nhân không được dùng tay dụi vào mắt.
- Cho dùng thuốc mỡ có kháng sinh bôi lên mí mắt sau khi đã làm sạch.
- Điều trị các bệnh da liên quan có thể là nguyên nhân gây viêm mí mắt, nhất là *viêm da tiết bã nhờn*.
- Bệnh rất dễ tái phát, nên sau khi thuyên giảm vẫn phải tiếp tục điều trị. Hướng dẫn bệnh nhân các biện pháp vệ sinh mắt để ngăn ngừa tái phát.

LÁC MẮT**Nguyên nhân**

Lác mắt hay lé mắt là trường hợp hai đồng tử mắt không nằm ở vị trí cân đối như bình thường, thông thường là một trong hai mắt bị lệch đi so với mắt kia. Mắt bị lệch có thể hướng về phía trong (lé trong) hoặc phía ngoài (lé ngoài). Một số trường hợp ít gặp hơn, mắt bị lệch có thể hướng lên phía trên hoặc về phía dưới. Lác mắt là hiện tượng tự nhiên thường xuất hiện ở trẻ em vì sự kiểm soát các cơ mắt còn rất yếu và cơ chế tạo sự thẳng hàng của hai mắt chưa phát triển. Nếu lác mắt tiếp tục kéo dài

sau khi trẻ được 4 tháng tuổi, có thể cần phải có sự lưu ý. Tình trạng lác mắt của trẻ đã lớn là do sự phát triển bất thường của cơ chế tạo sự thẳng hàng cho hai mắt, nhưng cũng có thể là hậu quả của chứng viễn thị, do mắt phải tăng điều tiết nên một trong hai mắt có khuynh hướng lệch vào trong. Lác mắt ở người trưởng thành có thể là dấu hiệu của các bệnh ở não, do dây thần kinh kiểm soát các cơ ở mắt hoặc do sự bất thường của chính các cơ này

Chẩn đoán

- Chẩn đoán loại trừ các trường hợp mí mắt khác thường (chẳng hạn như có nếp gấp thừa) tạo cảm giác như mắt bị lệch.
- Đối với trẻ em, cho trẻ nhìn vào một đèn pin nhỏ ở cách khoảng nửa mét và quan sát sự phản chiếu ánh sáng trong giác mạc. Nếu trẻ bị lác mắt, ánh sáng sẽ phản chiếu không cân đối.
- Bảo trẻ nhìn cố định vào một món đồ chơi nhỏ, sau đó dùng một vật cản để che đi một mắt của trẻ trong khi quan sát kỹ mắt còn lại. Nếu trẻ bị lác mắt, đồng tử trong mắt sẽ phải chuyển động ngay khi mắt kia bị che, vì tiêu điểm mắt cần được điều chỉnh.
- Chẩn đoán loại trừ các trường hợp *u nguyên bào võng mạc, viêm võng mạc nhiễm sắc tố và đục thủy tinh thể*. Các trường hợp này tuy hiếm gặp nhưng

cần phải được kiểm tra để loại trừ. Cách thực hiện như sau: quan sát mắt của trẻ qua một kính soi mắt đặt cách mắt khoảng 20 cm. Mắt bình thường phải có một chấm phản chiếu màu đỏ ở giữa đồng tử (con ngươi). Bất cứ sự khác thường nào trong kết quả quan sát này đều phải được xem là dấu hiệu nghi ngờ.

Điều trị

- Nếu xác định có lác mắt, đề nghị bệnh nhân phải được định kỳ kiểm tra ở chuyên khoa mắt nhằm xác định biện pháp điều trị.
- Nếu xác định mắt bình thường nhưng bệnh sử cho thấy nhiều nghi ngờ, đề nghị bệnh nhân kiểm tra ở chuyên khoa mắt. Chú ý là các trường hợp lác mắt tiềm ẩn chỉ xuất hiện khi cơ thể rất mệt mỏi. Nếu không có điều kiện kiểm tra ngay, đề nghị bệnh nhân trở lại tái khám sau 6 tháng.
- Hầu hết các trường hợp lác mắt ở trẻ em đều có thể chữa trị được. Khi trẻ bị lệch một trong hai mắt, có thể che mắt bình thường lại để buộc mắt bị lệch phải làm việc, do đó phát triển bình thường thị lực và cân đối với mắt kia. Nếu không có kết quả, có thể xem xét việc điều chỉnh bằng kính hoặc bằng phẫu thuật.
- Lác mắt ở người lớn thường khó điều trị hơn, và có khả năng là một tật vĩnh viễn. Tuy nhiên, bệnh

nhân vẫn có thể đeo kính lằng trụ hoặc phẫu thuật để khắc phục. Trong trường hợp không khôi phục được thị lực bình thường, phẫu thuật cũng giúp thay đổi dáng vẻ của mắt để trở nên ngay ngắn hơn.

MẮT ĐỎ

Mắt đỏ là một tình trạng bất thường rất dễ nhận ra ở mắt, đặc trưng là một màu đỏ mà bình thường không có ở mắt. Mắt đỏ không phải là một bệnh, mà là một dấu hiệu chung của rất nhiều bệnh mắt. Nói cách khác, có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến mắt đỏ. Vì thế, khi xử trí một trường hợp mắt đỏ, trước hết cần chú ý tìm hiểu ngay các yếu tố sau đây:

- Mắt có đau hay không, và đau đến mức độ nào?
- Thị lực của mắt có bình thường không, và nếu có thay đổi thì thay đổi đến mức độ nào?
- Có chảy nước mắt hoặc có dử mắt (ghèn) hay không, và nếu có thì nhiều hay ít?
- Bệnh nhân có nhạy cảm bất thường với ánh sáng, có sợ ánh sáng hay không?
- Có dị vật trong mắt hay không?

Dựa vào những kết quả tìm hiểu trên, có thể tiến hành chẩn đoán phân biệt như sau:

1. MẮT ĐỎ KHÔNG ĐAU**VIÊM KẾT MẠC****Nguyên nhân**

Viêm kết mạc là bệnh rất phổ biến, thường gặp nhất là trong các trường hợp nhiễm trùng đường hô hấp trên hoặc sốt dị ứng. Ở trẻ em, viêm kết mạc thường là do nhiễm trùng, trong khi ở người lớn thì bệnh này thường là do dị ứng.

Chẩn đoán

Chẩn đoán dựa vào các triệu chứng đặc trưng:

- Mắt đỏ, khó chịu, ngứa và chảy ghèn, nhưng đặc biệt không đau. Nếu có đau mắt, phải nghĩ đến một bệnh mắt khác.
- Trong hầu hết các trường hợp viêm kết mạc đơn thuần, các dấu hiệu rõ rệt là tròng mắt đỏ ngẫu, dử mắt (ghèn) xanh hay vàng chảy ra nhiều, làm cho hai mí mắt dính lại với nhau khi bệnh nhân mới ngủ dậy. Nếu là viêm kết mạc do nhiễm trùng, trong dử mắt có lẫn mủ trắng. Nếu là viêm kết mạc do dị ứng, dử mắt trong hơn nhưng mí mắt sưng phù.
- Tìm các dấu hiệu của sự giãn mạch ở kết mạc.
- Kết mạc phù cứng bên dưới mí mắt.

- Đối với trẻ sơ sinh, cần phải yêu cầu làm xét nghiệm phân tích chất tiết ở mắt nhằm xác định chính xác loại vi khuẩn gây bệnh.

Điều trị

- Một số trường hợp viêm kết mạc do *virus* có thể tự khỏi không cần điều trị. Việc chăm sóc, vệ sinh mắt là cần thiết để tránh các biến chứng khác.
- Trong trường hợp chẩn đoán xác định hoặc nghi ngờ nhiễm trùng, cho dùng thuốc mỡ bôi mắt có kháng sinh như *chloramphenicol* mỗi ngày 3 lần, hoặc dùng dạng thuốc nhỏ mắt mỗi ngày 4 lần, liên tục trong khoảng 2 – 4 ngày.
- Rửa sạch mắt bằng nước ấm, dùng gạc mềm thấm nước lau thường xuyên để dử mắt không đóng lại ở mí mắt.
- Nếu chẩn đoán xác định chắc chắn không có nhiễm trùng, nghĩa là viêm kết mạc do dị ứng, có thể chỉ định dùng thuốc nhỏ mắt có chất kháng *histamin*. Cũng có thể dùng thuốc nhỏ mắt có chứa *corticosteroid*. Phải hết sức thận trọng, vì các thuốc này rất hiệu quả trong viêm kết mạc do dị ứng, nhưng nếu có nhiễm trùng thì chúng sẽ làm cho tình trạng nhiễm trùng trở nên nặng hơn.
- Điều trị các bệnh có thể là nguyên nhân dẫn đến viêm kết mạc, như sốt dị ứng hoặc nhiễm trùng đường hô hấp trên.

- Viêm kết mạc là bệnh lây nhiễm, do đó cần hướng dẫn bệnh nhân các biện pháp phòng ngừa như không dùng chung khăn tay, khăn mặt... và vệ sinh mắt thường xuyên. Tuy nhiên, đối với trẻ em khi đã bắt đầu liệu trình điều trị thì khả năng lây nhiễm không còn, nên không cần thiết phải buộc trẻ nghỉ học.

XUẤT HUYẾT DƯỚI KẾT MẠC

Nguyên nhân và chẩn đoán

Xuất huyết dưới kết mạc là trường hợp rất thường gặp, không có nguyên nhân rõ rệt. Bệnh làm cho mắt đỏ nhưng hoàn toàn không đau, không có đờ mắt (ghèn), không gây tổn thương mắt. Bệnh không ảnh hưởng thị lực và bệnh nhân không sợ ánh sáng, đồng tử hoàn toàn bình thường.

Điều trị

Bệnh thường tự khỏi nhanh, không cần điều trị. Tuy nhiên, cần theo dõi để kịp thời chẩn đoán phân biệt nếu có bệnh mắt khác.

2. MẮT ĐỎ CÓ ĐAU

MỎNG GIÁC MẠC

Nguyên nhân

Mỏng giác mạc là một trong các tình trạng thoái hóa giác mạc, làm cho giác mạc bị mòn đi một phần. Bệnh khá

thường gặp, nguyên nhân có thể là do một chấn thương nhẹ ở mắt, nhưng cũng có thể do tuổi già.

Chẩn đoán

- Mắt đỏ và hơi đau nhưng không quá đau.
- Thị lực đôi khi có thể hơi giảm.
- Mắt ướt nhưng không có đờ (ghèn) mắt.
- Rất ít hoặc không có dấu hiệu sợ ánh sáng.
- Thường xuất hiện sau một chấn thương nhẹ trước đó.
- Quan sát giác mạc dưới kính hiển vi có thể giúp xác định bệnh.
- Nhỏ phẩm nhuộm *fluorescein* vào mắt để phát hiện các vết trầy xước trên giác mạc, vì màu *fluorescein* sẽ dính lại ở đó và phản chiếu khi ta dùng tia sáng màu xanh rọi vào mắt.

Điều trị

- Điều trị khởi đầu bằng thuốc nhỏ mắt *Tetracain*, thuốc mỡ bôi mắt *chloramphenicol* và dùng miếng che mắt. Sau đó chỉ cho dùng thuốc mỡ có kháng sinh mỗi ngày ba lần.
- Tái khám sau 24 giờ để xác định kết quả điều trị.

NHIỄM HERPES GIÁC MẠC**Nguyên nhân**

Bệnh rất thường gặp, nguyên nhân thông thường nhất có thể là do các vết trầy xước ở giác mạc, nhưng *virus herpes* cũng có thể tấn công gây bệnh ở mắt bình thường.

Chẩn đoán

- Mắt đỏ và đau, các trường hợp mạn tính sẽ ít đau hơn.
- Nổi lên nhiều mụn bọng có nước quanh hốc mắt.
- Mắt ướt hoặc đôi khi chảy nước mắt.
- Chuyển chuyên khoa mắt để chẩn đoán loại trừ trường hợp loét tỏa nhánh.

Điều trị

- Cho dùng dạng thuốc mỡ *acyclovir (Zovirax)* bôi vào mắt mỗi ngày 5 lần.
- Sau khi đã hết các triệu chứng, tiếp tục dùng thuốc mỗi ngày 3 lần trong 3 ngày.

DỊ VẬT VÀO MẮT

Dị vật vào mắt là trường hợp rất thường gặp, có thể từ rất nhẹ như những trường hợp do gió thổi bụi vào mắt, cho đến những trường hợp nặng như dị vật cắm sâu vào

nhãn cầu. Trong hầu hết các trường hợp, dị vật đều có thể lấy ra mà không cần đến các biện pháp xử lý phức tạp. Tuy nhiên, phải hết sức thận trọng để không làm tổn thương mắt trong quá trình lấy dị vật ra khỏi mắt.

Nguyên nhân

Thường gặp nhất là những hạt bụi nhỏ trong không khí, khi vào mắt có thể gây khó chịu nhẹ cho đến rất khó chịu, nhưng thường không nguy hiểm. Ít gặp hơn là các mảnh kim loại, vụn gỗ, *plastic*... bị văng mạnh ra do các chấn động mạnh và tình cờ bay vào mắt. Các mảnh vụn kim loại ghim vào mắt cũng là loại tai nạn lao động thường gặp ở các nhà máy nếu mắt không được bảo vệ tốt trong khi làm việc.

Chẩn đoán

- Mắt đỏ và đau. Đau nhiều hay ít còn tùy theo kích thước và vị trí của dị vật tác động vào mắt.
- Chảy nước mắt. Bệnh nhân thường có khuynh hướng muốn nhắm mắt lại vì thấy khó chịu khi mở ra.
- Triệu chứng khó chịu có thể giảm dần cho dù dị vật vẫn nằm yên trong mắt, do các phản ứng ban đầu mắt dần đi.
- Một số trường hợp không có triệu chứng, nhất là khi dị vật xuyên vào nhãn cầu.
- Thị lực hơi giảm, nhưng bệnh nhân thường không thấy sợ ánh sáng.

- Trong hầu hết các trường hợp, có thể phát hiện dị vật bằng cách quan sát trực tiếp. Đôi khi cần phải vạch mắt và lộn mí mắt lên.

Điều trị

- Dị vật ở trên hoặc trong kết mạc có thể lấy ra ngay bằng cách rửa tay thật sạch rồi vạch mắt bệnh nhân và dùng một miếng vải sạch mềm để đỡ nhẹ dị vật dần dần ra khỏi mắt. Nếu là những hạt bụi nhỏ, có thể cho bệnh nhân chớp mắt trong một chén nước sạch, hoặc dùng nước sạch rửa mắt liên tục để làm trôi dị vật ra.
- Nếu dị vật nằm trên giác mạc hoặc xuyên nhãn cầu, có thể cần phải nhỏ phẩm nhuộm *fluorescein* vào mắt để phát hiện các vết trầy xước hay xuyên thủng do dị vật gây ra. Trong một số trường hợp cần phải cho siêu âm hay chụp X quang.
- Trường hợp dị vật lớn và ghim sâu, có thể gây tê bề mặt bằng dung dịch nhỏ mắt rồi dùng các dụng cụ chuyên dùng để gấp, lấy dị vật ra. Sau đó cho thuốc nhỏ mắt hoặc thuốc mỡ bôi mắt có kháng sinh vào rồi băng lại.
- Mọi thao tác đều phải hết sức chính xác và thận trọng, vì có thể làm cho vấn đề trở nên trầm trọng nếu đẩy dị vật đi sâu hơn vào mắt.
- Sau khi lấy dị vật ra, có thể vệ sinh mắt bằng nước sạch rồi cho dùng *chloramphenicol* dạng thuốc mỡ

mỗi ngày 3 lần. Nếu đau nhiều, cho băng mắt trong khoảng 4 giờ. Kiểm tra lại sau 24 giờ để chắc chắn là không có bất cứ triệu chứng khác lạ nào.

TĂNG NHÃN ÁP

Tăng nhãn áp, hay còn gọi là bệnh glôcôm (*glaucoma*), là một bệnh không phổ biến lắm, nhất là tăng nhãn áp cấp tính (*acute glaucoma*) rất hiếm gặp. Mặc dù vậy, các biến chứng và tác hại của bệnh có thể rất nghiêm trọng, nên cần phát hiện sớm và điều trị tốt để tránh ảnh hưởng đến thị lực.

Nguyên nhân

Bình thường, chất dịch trong mắt chúng ta có một áp lực vừa phải để giữ cho phần giữa mắt có dạng tròn. Khi áp lực của chất dịch trong mắt gia tăng hơn mức bình thường gọi là tăng nhãn áp. Tăng nhãn áp gây ra sự chèn ép đối với các mạch máu nhỏ nuôi dây thần kinh thị giác và làm tổn thương các sợi thần kinh. Bệnh gây giảm thị lực, và trong các trường hợp nặng có thể dẫn đến mù hoàn toàn.

Tăng nhãn áp chậm, phát triển kéo dài trong nhiều ngày gọi là *tăng nhãn áp mạn tính*, hay *tăng nhãn áp góc mở*. Nguyên nhân của tình trạng này là sự tắc nghẽn dần dần chất dịch của mắt ở tiền phòng. Bệnh tiến triển chậm trong nhiều năm, áp lực chất dịch trong mắt tăng chậm, dần dần, cho đến khi đủ để gây ảnh hưởng cho

mắt. Bệnh có tính di truyền nên thường xảy ra ở những người trong cùng một gia đình. Bệnh phát triển theo tuổi đời, thường bắt đầu từ khoảng 40 tuổi và tăng dần khi về già. Nếu áp lực tăng rất ít, không cần điều trị vì không gây triệu chứng đáng kể. Nếu tăng nhiều, sẽ có biểu hiện giảm thị lực và do đó cần được điều trị. Số người bị tăng nhãn áp mạn tính cần phải điều trị ở tuổi 40 chỉ khoảng 0,05%, trong khi tỷ lệ này ở độ tuổi 80 là 7%.

Tăng nhãn áp xảy ra đột ngột và rất nhanh gọi là *tăng nhãn áp cấp tính*, do góc hẹp ở rìa giác mạc làm tắc nghẽn hoàn toàn dòng dịch thể. Vì thế, bệnh còn được gọi là *tăng nhãn áp góc đóng*.

Chẩn đoán

- *Tăng nhãn áp cấp tính* rất hiếm gặp, gây đau nhiều ở mắt. Có triệu chứng buồn nôn hoặc nôn, đau đầu đột ngột và có thể đau dữ dội ở vùng trên mắt hoặc ngay tại mắt. Mắt mờ và nhìn thấy những quang sáng trước mắt. Trường hợp nghiêm trọng có thể đưa đến *kiếm thị đột ngột*, nghĩa là mất hẳn khả năng nhìn thấy. Đồng tử hơi giãn và thường có hình bầu dục thay vì hình tròn. Mắt ướt và bệnh nhân đặc biệt sợ ánh sáng. Thường gặp ở người trên 50 tuổi.
- *Tăng nhãn áp mạn tính* không có triệu chứng, do nhãn áp tăng chậm và không làm thay đổi thị lực ngay nên bệnh nhân thường không biết sớm, chỉ

phát hiện được lúc thị lực đã giảm nhiều. Để phát hiện sớm, cần khám mắt định kỳ và đo nhãn áp. Đặc biệt chú ý khi trong gia đình đã phát hiện có người tăng nhãn áp.

Điều trị

- *Tăng nhãn áp cấp tính* là một trường hợp cần cấp cứu với các biện pháp đồng thời như thuốc nhỏ, thuốc uống... để nhanh chóng làm hạ nhãn áp. Ngoài ra, sau khi đã kiểm soát được nhãn áp cũng cần phải phẫu thuật để ngăn ngừa những lần tăng nhãn áp tiếp tục xảy ra sau đó.
- *Tăng nhãn áp mạn tính* có thể điều trị bằng thuốc nhỏ mắt *Timoptol (Timoptic)* để làm hạ nhãn áp. Dùng loại có nồng độ từ 0,25 – 0,50%, nhỏ vào mắt mỗi ngày 2 lần, mỗi lần 1 giọt. Trong thời gian dùng thuốc phải định kỳ kiểm tra nhãn áp để đảm bảo là thuốc có tác dụng. Nếu thuốc nhỏ mắt không có hiệu quả, cần dùng dạng viên uống có tác dụng kéo dài. Trong trường hợp này, bệnh nhân thường phải dùng thuốc suốt đời để giữ cho nhãn áp không tăng. Nếu dùng đến thuốc viên cũng không có hiệu quả, khi kiểm tra vẫn thấy nhãn áp tăng dần và thị lực giảm, có thể cần đề nghị phẫu thuật để làm bình thường sự lưu thông của dòng dịch thể trong mắt.

3. MẮT ĐAU KHÔNG ĐỎ

Một số trường hợp mắt bị đau nhưng quan sát mắt thấy bình thường, không thấy có hiện tượng đỏ mắt hay dử mắt (ghèn). Những trường hợp này thường không phải bệnh của mắt, mà là triệu chứng của một số bệnh khác như gợi ý sau đây:

Những nguyên nhân thường gặp

- Do bị viễn thị (*longsightedness*)
- Do bị chứng đau nửa đầu (*migraine*)
- Do bị viêm xoang (*sinusitis*)
- Do bị đau đầu vì căng thẳng

Những nguyên nhân hiếm gặp

- Do bị đau răng
- Do bị viêm dây thần kinh hậu nhãn cầu
- Do bị viêm động mạch thái dương
- Do bị rối loạn chức năng khớp thái dương – hàm dưới

GIẢM THỊ LỰC ĐỘT NGỘT

Các trường hợp giảm thị lực đột ngột có thể là triệu chứng của một số bệnh như trình bày dưới đây, nhưng cũng có thể là bệnh của mắt như trong trường hợp *tăng nhãn áp cấp tính*... Hầu hết các trường hợp giảm thị lực

đột ngột là những ca cấp cứu nhãn khoa cần được xử trí nhanh và chuyển ngay đến bệnh viện càng sớm càng tốt.

Những nguyên nhân thường gặp

- Tắc động mạch võng mạc
- Tắc tĩnh mạch võng mạc
- Bong võng mạc
- Tăng nhãn áp cấp tính
- Viêm động mạch thái dương
- Viêm dây thần kinh hậu nhãn cầu
- Tai biến mạch máu não
- Chứng đau nửa đầu

GIẢM THỊ LỰC DIỄN TIẾN

Giảm thị lực diễn tiến có nghĩa là thị lực giảm dần đi theo thời gian do một hoặc nhiều nguyên nhân nào đó. Các trường hợp này thường khó phát hiện sớm, do người bệnh không tự nhận biết thị lực đang giảm dần. Do đó, nếu có nghi ngờ giảm thị lực, cần phải thực hiện kiểm tra mắt định kỳ. Giảm thị lực diễn tiến ở trẻ em rất cần phát hiện sớm vì có khả năng điều trị tốt. Đối với người lớn, nếu phát hiện giảm thị lực, trước hết nên nghĩ đến việc kiểm tra mắt xem có cần mang kính hay không.

Những nguyên nhân thường gặp

- Tật khúc xạ, khúc xạ mắt không đều, nghĩa là lực hội tụ không đều nhau ở hai mắt, thường là do một mắt có vấn đề, như cận thị, viễn thị hoặc loạn thị. Tật khúc xạ gây rối loạn thị giác vì khi người bệnh nhìn vào một vật thì hình ảnh được hình thành trên hai võng mạc lại khác nhau.
- Giảm thị lực một trong hai mắt do không được sử dụng, như trong trường hợp mắt bị lác (lệ). Thường chỉ cần che mắt bình thường lại để buộc mắt bị lác phải hoạt động là có thể điều chỉnh được thị lực.
- Bệnh võng mạc tiểu đường, là tình trạng bệnh võng mạc do tiểu đường gây ra. Các mạch máu nhỏ của võng mạc (*mao mạch*) bị phình lên, chất dịch từ đó rỉ ra và xuất huyết trong võng mạc. Trên bề mặt võng mạc hình thành các mạch máu bất thường, dễ vỡ ra và gây xuất huyết. Xuất huyết còn có thể xảy ra trong thủy dịch và tạo thành mô xơ trong dịch này. Giai đoạn trễ của bệnh thường là nguyên nhân dẫn đến mù vĩnh viễn.
- Các bệnh thoái hóa võng mạc di truyền, chẳng hạn như viêm võng mạc sắc tố.
- Viêm sau màng mạch
- U tuyến yên: do tuyến yên nằm trong một hố xương ở nền sọ nên khi có khối u phát triển, ngay cả u lành tính, sẽ đè ép vào thần kinh thị giác, gây rối loạn thị trường của mắt.

Những nguyên nhân thường gặp ở người lớn tuổi

- Tật khúc xạ (đã nói ở trên).
- Đục thủy tinh thể, là tình trạng các sợi *protein* trong thủy tinh thể bị biến đổi, làm cho thủy tinh thể không còn trong suốt để cho ánh sáng dễ dàng đi qua như trước đây. Bệnh không rõ nguyên nhân, nhưng thường xuất hiện ở những người lớn tuổi và gia tăng theo độ tuổi nên đến nay vẫn được xem như một tiến trình tự nhiên của sự lão hóa. Do thủy tinh thể ngày càng mờ đục hơn nên thị lực giảm dần, cho đến khi bệnh nhân nhìn rất kém hoặc thậm chí không còn nhìn được.
- Thoái hóa điểm vàng (hoàng điểm), là sự tổn thương thoái hóa ở phần trung tâm của võng mạc, tạo thành những điểm màu vàng trắng. Thoái hóa điểm vàng thường xuất hiện đồng thời ở cả 2 mắt, làm cho bệnh nhân mất thị giác ở phần trung tâm, chẳng hạn như khi nhìn vào một dòng chữ thì không thể thấy được 2 hay 3 chữ ở khoảng giữa. Bệnh xuất hiện ở tuổi già, đến nay vẫn chưa điều trị được, nhưng không tiến triển đến mức gây mất thị lực hoàn toàn.
- Tăng nhãn áp cấp tính, hay còn gọi là bệnh *tăng nhãn áp góc đóng* (đã nói ở trên).
- Bệnh võng mạc tăng huyết áp, là tình trạng võng mạc bị tổn thương do huyết áp cao, gây hẹp và xơ

vữa thành động mạch võng mạc. Tổn thương võng mạc dẫn đến giảm thị lực

ĐỤC THỦY TINH THỂ

Đục thủy tinh thể là bệnh mắt phổ biến ở người cao tuổi, thường xuất hiện ở độ tuổi từ 50 trở lên. Khoảng 15% số người trong độ tuổi từ 65 đến 75 mắc phải bệnh này, và tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh càng cao hơn.

Nguyên nhân

Bệnh tiến triển do các sợi *protein* trong thủy tinh thể bị biến đổi, tương tự như sự biến đổi của lòng trắng trứng khi nấu chín. Sự biến đổi này làm cho thủy tinh thể mất dần đi độ trong suốt, làm cho ánh sáng không thể dễ dàng đi qua như trước. Mặc dù vậy, vẫn có một phần ánh sáng đi qua được. Tùy theo mức độ ánh sáng còn có thể đi xuyên qua thủy tinh thể, thị lực của bệnh nhân có thể giảm dần, giảm một phần hoặc giảm hoàn toàn. Tuy nhiên, cho đến khi không còn khả năng nhận ra hình ảnh thì bệnh nhân vẫn có thể phân biệt được ánh sáng và đêm tối. Cho đến nay, nguyên nhân cụ thể gây ra đục thủy tinh thể vẫn chưa được biết rõ, nên bệnh này vẫn thường được xem như một trong các diễn tiến tự nhiên của tuổi già.

Chẩn đoán

Đục thủy tinh thể hoàn toàn không đi kèm theo với các triệu chứng viêm nhiễm hay đau mắt. Do đó bệnh nhân

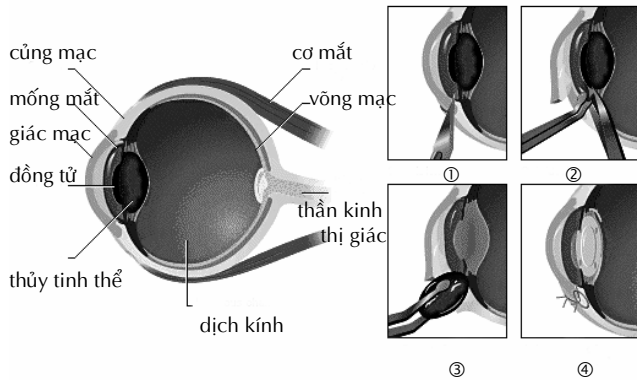
không có cảm nhận gì khác ngoài việc thị lực giảm dần. Tuy nhiên, do bệnh tiến triển chậm nên giai đoạn đầu thường không được phát hiện, trừ khi bệnh nhân tuân thủ việc khám mắt định kỳ và có đo thị lực. Hầu hết các trường hợp đục thủy tinh thể được phát hiện khi thị lực đã giảm rất nhiều và thực sự gây khó khăn cho người bệnh trong sinh hoạt thường ngày.

Để chẩn đoán xác định, có thể quan sát mắt qua một kính soi mắt đặt ở khoảng cách 20cm. Nếu mắt bị đục thủy tinh thể, sẽ phát hiện chấm phản chiếu màu đỏ ở giữa đồng tử (con ngươi) bị che bởi các đường đen chạy ngang qua đồng tử. Việc soi đáy mắt thường khó khăn do tầm nhìn bị cản trở. Trong phần lớn các trường hợp, kiểm tra mức độ giảm thị lực của bệnh nhân cũng có thể xác định được.

Đục thủy tinh thể thường xuất hiện ở cả hai mắt nhưng không đều nhau, thường là một mắt tiến triển nặng hơn cần xử trí trước.

Điều trị

Biện pháp duy nhất hiện nay là phẫu thuật lấy bỏ thủy tinh thể bị đục. Sau đó, hoặc thay bằng thủy tinh thể nhân tạo, hoặc cho bệnh nhân đeo kính, hoặc đặt kính sát tròng. Phương pháp thay bằng thủy tinh thể nhân tạo hiện nay được sử dụng nhiều nhất. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, do không thể đặt thủy tinh thể nhân tạo nên vẫn phải áp dụng các biện pháp đeo kính hoặc đặt kính sát tròng.



CẤU TRÚC CỦA MẮT VÀ

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ ĐỤC THỦY TINH THỂ

- ① Dùng dao mổ rạch vào giác mạc
- ② Cắt bỏ móng mắt
- ③ Gỡ bỏ thủy tinh thể bị đục
- ④ Đặt thủy tinh thể nhân tạo

HIỆN TƯỢNG RUỒI BAY

Hiện tượng ruồi bay (*floaters, muscae volitantes*) là một thuật ngữ y học được dùng để chỉ trường hợp mà người bệnh nhìn thấy trước mắt có một hay nhiều đốm đen nhỏ, giống như ruồi bay. Những “con ruồi” này không có thật, mà chỉ là do có những tổn thương hay thoái hóa các

tế bào trong thủy tinh thể hay dịch kính, làm cho người bệnh nhìn thấy như có một hay nhiều đốm đen lơ lửng trong không khí. Vì thế, cho dù quay về bất cứ hướng nào cũng vẫn nhìn thấy các điểm đen ấy.

Do đó, hiện tượng ruồi bay không phải là một bệnh, mà là dấu hiệu của một số vấn đề bất thường khác nhau ở mắt. Cơ chế ghi nhận hình ảnh của mắt phụ thuộc vào 5 phần trong suốt là giác mạc, thủy dịch, thủy tinh thể, thủy tinh dịch và võng mạc. Trên đường đi đến điểm vàng (*hoàng điểm*) trong mắt, nếu ánh sáng bị ngăn lại bởi bất cứ một vật cản nào, chẳng hạn như sự thoái hóa ở thủy tinh thể, thủy tinh dịch... thì hình ảnh được mắt nhận biết sẽ giống như có một vật đen ở trước mắt.

Để xử trí hiện tượng ruồi bay, cần có sự chẩn đoán chính xác nguyên nhân nằm ở phần nào trong các phần của mắt. Đôi khi đây cũng có thể là dấu hiệu của đục thủy tinh thể.

Cần chẩn đoán phân biệt với các trường hợp bệnh nhân nhìn thấy các đốm đen khi bị chứng đau nửa đầu. Trong những trường hợp này, các đốm đen chỉ được nhìn thấy trước cơn đau đầu, và thường chỉ trong một thời gian ngắn.

Nếu bệnh nhân nhìn thấy những đốm đen rất lớn xuất hiện một cách đột ngột kèm theo cảm giác lóa sáng từng vùng, rất có thể là do *rách võng mạc* hoặc *bong võng mạc*, cần phải chuyển ngay bệnh nhân đến bệnh viện để có đủ điều kiện xử trí kịp thời.

Bệnh tai, mũi, họng

Điếc

Điếc là tình trạng mất một phần hoặc hoàn toàn khả năng nghe biết âm thanh. Điếc có thể do âm thanh không được dẫn truyền vào đến tai trong, gọi là *điếc dẫn truyền*. Điếc cũng có thể do tín hiệu thần kinh không được dẫn truyền lên não, mặc dù âm thanh vẫn được truyền đến tai trong. Trường hợp này gọi là *điếc thần kinh*. Tình trạng điếc hoàn toàn thường rất hiếm khi xảy ra, và hầu hết là dạng bẩm sinh. Các trường hợp điếc một phần được phân loại từ nhẹ đến nặng bằng cách đo thính lực. Ráy tai nhiều không được lấy sạch ra khỏi tai có thể làm giảm một phần thính lực, nhưng rất hiếm khi là nguyên nhân gây điếc hoàn toàn.

Nguyên nhân

Có nhiều nguyên nhân gây điếc, nhưng nói chung thường là do các bệnh của tai, hoặc do chấn thương, hoặc do sự thoái hóa cơ chế nghe. Nguyên nhân cụ thể của mỗi dạng điếc có thể khác nhau.

- Với các trường hợp *điếc dẫn truyền*: Âm thanh vào tai ngoài không được dẫn truyền vào đến tai trong, có thể là do tổn thương màng nhĩ, hoặc tổn thương

ba xương dẫn truyền của tai giữa là *xương búa*, *xương đe* và *xương bàn đạp*. Ráy tai quá nhiều làm nghẽn ống tai ngoài là một nguyên nhân thường gặp ở người lớn. Trong một số trường hợp khác, xương bàn đạp không di chuyển được do xơ hóa tai nên không thể dẫn truyền âm thanh. Đối với trẻ em, viêm tai giữa nhiễm trùng và ứ đọng dịch nhầy trong tai giữa cũng là những nguyên nhân thường gặp nhất.

- Với các trường hợp *điếc thần kinh*, tuy âm thanh vào được đến tai trong nhưng tín hiệu không được truyền lên não, do tổn thương các cấu trúc của tai trong, hoặc tổn thương dây thần kinh thính giác nối từ tai trong lên não. Đây có thể là do khiếm khuyết tai bẩm sinh do yếu tố di truyền, cũng có thể do chấn thương trong lúc sinh, hoặc do bào thai bị tổn thương trong giai đoạn phát triển. Tổn thương cũng có thể xảy ra sau khi sinh do hậu quả của chứng vàng da nặng. Tiếp xúc với tiếng ồn lâu ngày cũng làm tổn thương ốc tai và mê đạo, gây ra điếc thần kinh. Một số loại thuốc, chẳng hạn như *streptomycin* và *gentamycin* có thể gây tổn thương thần kinh thính giác (*acoustic nerve*). Nguyên nhân tự nhiên thường gặp là sự thoái hóa theo tuổi già của ốc tai và mê đạo, được xem như sự giảm thính lực tự nhiên do tuổi già. Có khoảng 25% người trên 65 tuổi bị điếc không hồi phục do nguyên nhân thoái hóa này.

Chẩn đoán

- Cần chẩn đoán phân biệt các trường hợp điếc một tai hoặc điếc cả hai tai, và điếc phát triển dần qua thời gian hay xuất hiện đột ngột.
- Nếu có kèm theo một trong các triệu chứng như ù tai, chóng mặt, buồn nôn... có thể là dấu hiệu bị viêm mê đạo.
- Kiểm tra các loại thuốc bệnh nhân vừa uống trong thời gian gần đây để xem có bất cứ loại thuốc nào gây ảnh hưởng đến thính lực hay không.
- Những trẻ điếc bẩm sinh thường được cha mẹ phát hiện trước tiên. Tuy nhiên, những lần kiểm tra định kỳ có thể giúp phát hiện tình trạng mất khả năng nghe do ứ đọng dịch nhầy ở tai giữa.
- Dùng dụng cụ soi tai để phát hiện các trường hợp ráy tai làm nghẽn tai ngoài, hoặc viêm, thủng màng nhĩ...
- Làm thử nghiệm chức năng nghe để xác định là *điếc dẫn truyền* hay *điếc thần kinh*.

Điều trị

Tùy theo nguyên nhân được xác định, việc xử trí từng trường hợp có thể khác nhau:

- Đối với trẻ em bị điếc bẩm sinh do di truyền, thường không thể điều trị được, nên biện pháp cải thiện duy nhất là dạy cho các em biết giao tiếp bằng ngôn ngữ dấu hiệu.

- Các trường hợp *điếc dẫn truyền* do ứ đọng dịch nhầy trong tai giữa được xử trí bằng phẫu thuật dẫn lưu dịch ra ngoài qua lỗ ở màng nhĩ.
- Làm sạch ráy tai nếu đây là nguyên nhân gây giảm thính lực. Thận trọng không gây thương tổn cho tai trong quá trình lấy ráy tai. Nên dùng nước ấm bơm vào tai để làm mềm ráy tai trước khi lấy ra.
- Đa số các trường hợp thủng màng nhĩ chỉ cần được bảo vệ tốt, lỗ thủng sẽ tự lành sau một thời gian. Nhưng nếu không tự lành thì phải tiến hành phẫu thuật sửa chữa tạo hình màng nhĩ.
- Trong các trường hợp *điếc dẫn truyền* do xơ hóa tai, cần phẫu thuật cắt bỏ xương bàn đạp và thay thế bằng một vật thể nhân tạo có khả năng dẫn truyền âm thanh
- Giảm thính lực do tuổi già thường không thể điều trị được, nhưng có thể giúp tăng thính lực bằng các dụng cụ trợ thính, khuếch đại âm thanh, máy nghe gắn vào tai...

CHẤT TIẾT TỪ TAI

Là tình trạng có chất dịch chảy ra từ tai, thường gọi là chất xuất tiết tai. Chất xuất tiết tai có thể chảy ra liên tục hoặc gián đoạn, có thể có mùi hoặc không mùi, có màu hoặc không màu, có thể lỏng hoặc đặc... tùy theo nguyên nhân dẫn đến tình trạng này. Một trong các nguyên nhân phổ biến nhất là do viêm tai ngoài. Tuy nhiên, còn có một số nguyên nhân khác.

Nguyên nhân

- Viêm tai ngoài, do nhiễm trùng tai ngoài
- Viêm tai giữa, do nhiễm trùng tai giữa
- Thủng màng nhĩ
- Ráy tai
- Có dị vật trong tai
- Nhọt trong tai
- Vỡ xương sọ (rất hiếm gặp, thường xuất hiện sau chấn thương nặng ở đầu), nước não tủy hoặc máu có thể chảy ra từ tai.

Chẩn đoán

Chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân khác nhau qua quan sát tai để phát hiện ráy tai, dị vật trong tai... Nếu cần có thể dùng tăm bông lấy bệnh phẩm gửi xét nghiệm để xác định các trường hợp nhiễm trùng. Kiểm tra thính lực giúp có thêm yếu tố xác định bệnh. Nếu bệnh nhân vừa trải qua chấn thương đầu hoặc có dấu hiệu viêm tai giữa nặng, cần cho chụp X quang ngay để xác định kịp thời.

Điều trị

Việc điều trị tùy thuộc vào nguyên nhân gây ra tình trạng có chất tiết từ tai.

- Nếu do ráy tai nhiều, không cần điều trị gì khác ngoài việc làm sạch tai. Nếu bệnh nhân thấy khó

chịu, có thể cho dùng thuốc nhỏ tai *natri bicarbonat* mỗi ngày 3 lần, liên tục trong 4 hoặc 5 ngày. Nếu tai vẫn không sạch, có thể dùng nước ấm bơm vào tai và hút ra để làm sạch.

- Nếu có dị vật trong tai, thận trọng lấy ra khỏi tai. Không nên cố lấy dị vật ra nếu có nguy cơ làm tổn thương tai, nên chuyển bệnh nhân đến chuyên khoa để xử trí.
- Các trường hợp viêm tai ngoài cũng cần làm sạch tai bằng cách rửa và làm khô thường xuyên. Chỉ định các dung dịch nhỏ vào tai có kháng sinh hoặc kháng viêm hay *corticosteroid*. Nếu viêm nặng, có thể cần cho kèm kháng sinh dạng viên uống. Trong mọi trường hợp đều cần phải thường xuyên làm sạch và khô tai.
- Viêm tai giữa được điều trị bằng thuốc kháng sinh dạng uống, liên tục trong khoảng 7 đến 10 ngày, kèm theo với thuốc giảm đau như *paracetamol*. Sau điều trị, bệnh nhân cần được theo dõi trong 2 tuần để đảm bảo kết quả điều trị tốt và không có bất cứ biến chứng nào, nhất là đối với trẻ em.
- Thủng màng nhĩ thường chỉ cần chăm sóc tốt bệnh nhân, băng tai bằng gạc sạch và khô và cho uống thuốc kháng sinh kèm thuốc giảm đau để ngăn ngừa nhiễm trùng vào tai giữa. Vết thủng thường tự lành sau khoảng 4 đến 6 tuần. Nếu không hồi phục sau thời gian này, hoặc có kèm theo *cholesteatoma*, có

thể cần phải xử trí bằng phẫu thuật và tạo hình màng nhĩ.

ĐAU TAI

Đau tai rất thường gặp ở trẻ em, có thể gây đau dữ dội và làm cho các em rất khó chịu đựng. Nguyên nhân có thể ở ngay nơi tai, nhưng cũng có thể do sự rối loạn của các cấu trúc nằm gần tai.

Nguyên nhân

- Viêm tai giữa cấp, gây đau dữ dội kèm theo sốt cao, tai lùng bùng, có thể mất khả năng nghe. Nếu màng nhĩ bị thủng, dịch được thoát ra sẽ làm giảm đau rất nhanh.
- Viêm tai ngoài hay viêm ống tai. Có thể do nhiễm trùng tại chỗ hoặc nhiễm trùng toàn bộ ống tai. Thường có chất xuất tiết tai (ở dạng chất dịch hoặc mũ chảy ra). Thính lực có thể bị giảm nhẹ.
- Có dị vật trong tai.
- Nhiễm *herpes zoster* tạo thành những mụn nước trong ống tai. Trong trường hợp này, sau khi điều trị dứt nhiễm trùng, tai vẫn còn đau dai dẳng trong nhiều tuần hoặc thậm chí nhiều tháng.
- Rối loạn chức năng khớp thái dương – hàm dưới, đau răng... do các cơ quan ở gần tai cùng chi phối một nhánh dây thần kinh nên gây đau tai.

Chẩn đoán

- Dùng dụng cụ soi tai để thăm khám, quan sát tai. Nếu màng nhĩ sưng đỏ hay đục, có thể nghi ngờ nhiễm trùng tai giữa. Nếu màng nhĩ bình thường, có thể vòi *Eustache* đã bị nghẽn gây tăng áp lực ở tai giữa.
- Quan sát kỹ để tìm các dấu hiệu của nhọt, mụn nước...
- Nếu có viêm đỏ phía sau tai, có nhiều khả năng bị viêm xương chũm.
- Trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng, có thể dùng tăm bông lấy bệnh phẩm gửi xét nghiệm để xác định.

Điều trị

Điều trị tùy theo từng nguyên nhân khác nhau:

- Trường hợp viêm tai giữa thường đáp ứng tốt với kháng sinh dạng uống. Thận trọng với liều dùng cho trẻ em, chẳng hạn có thể dùng dạng xi-rô *amoxycillin* 125mg mỗi ngày 3 lần cho trẻ dưới 3 tuổi, hoặc 250mg mỗi ngày 3 lần cho trẻ trên 3 tuổi. Nếu bị dị ứng với nhóm kháng sinh *penicillin*, có thể dùng *erythromycin*. Có thể dùng kèm với thuốc giảm đau như *paracetamol*.
- Trường hợp bị nghẽn vòi *Eustache*, chỉ khuyên bệnh nhân dùng thuốc giảm đau và uống nhiều nước ấm. Việc nuốt nước nhiều lần có thể giúp vòi này được làm thông nhờ lỗ vòi mở ra.

- Trường hợp viêm tai ngoài nên điều trị bằng kháng sinh dạng thuốc nhỏ tai. Nếu nghiêm trọng hơn thì cho kèm kháng sinh dạng uống. Nếu không có đáp ứng tốt trong vòng một tuần, cần thay đổi loại kháng sinh khác. Có thể cần làm sạch tai bằng cách bơm rửa.
- Ráy tai nhiều cũng có thể là nguyên nhân gây đau. Lấy ráy tai sạch và cho dùng thuốc nhỏ tai *natri bicarbonat* trong thời gian 4 đến 5 ngày. Nếu ráy tai vẫn tiếp tục sinh ra nhiều, tiến hành bơm rửa tai bằng nước ấm để làm sạch.
- Nhọt trong tai được xử trí bằng cách cho dùng thuốc giảm đau. Trong trường hợp có nguy cơ nhiễm trùng, cho dùng kháng sinh. Nếu đau kéo dài trong nhiều ngày không dứt, có thể cần xử trí bằng cách rạch chỗ nhọt để rút nước.
- Nhiễm *herpes zoster* được điều trị bằng *acyclovir*. Nếu có dấu hiệu bội nhiễm vi khuẩn, cho dùng kháng sinh và rửa tai bằng nước ấm.
- Các trường hợp như rối loạn chức năng khớp thái dương – hàm dưới, đau răng... chỉ cho dùng thuốc giảm đau và trấn an bệnh nhân. Thường thì đau tai sẽ tự khỏi khi các nguyên nhân này không còn nữa.
- Nếu có dấu hiệu nghi ngờ viêm xương chũm, cần chuyển bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa ngay.

- Trường hợp đau tai do thủng màng nhĩ thường chỉ cần chăm sóc tốt bệnh nhân, băng tai bằng gạc sạch, khô và cho uống thuốc kháng sinh kèm thuốc giảm đau để ngăn ngừa nhiễm trùng vào tai giữa. Vết thủng thường tự lành sau khoảng 4 đến 6 tuần và khi đó dấu hiệu đau tai sẽ tự khỏi.

Ù TAI

Ù tai là một tình trạng rối loạn chức năng nghe làm cho bệnh nhân nghe thấy những âm thanh lạ như tiếng ngân vang, tiếng ong vo ve, tiếng gió thổi ù ù hay các âm thanh ồn ào khác, trong khi thực tế không hề có những âm thanh này. Khi bị ù tai, thần kinh thính giác truyền các xung động đến não khi không hề có các chấn động âm thanh từ bên ngoài truyền vào tai. Nguyên nhân trực tiếp gây ra rối loạn này vẫn chưa được rõ, nhưng có thể có các kích thích trong đầu hay trong tai. Ù tai gây ảnh hưởng về mặt tâm lý nhiều hơn là một bệnh thực thể, vì một số người bệnh cảm thấy rất khó chịu và muốn tìm mọi cách để xóa bỏ các tiếng ồn. Một số khác có thể chấp nhận thích nghi và quen dần với hiện tượng lạ này. Tiếng ồn mà bệnh nhân nghe thấy đôi khi có thể thay đổi khác nhau và tăng giảm về cường độ.

Nguyên nhân

Một số nguyên nhân sau đây có thể gián tiếp gây ra chứng ù tai:

- Û tai kèm theo mất thính giác thường do tiếp xúc quá thường xuyên với nhiều tiếng ồn, hoặc do tiến trình thoái hóa của tuổi già.
- Các bệnh ở tai như viêm mê đạo, bệnh *Ménière*, viêm tai giữa, xơ hóa tai, nhiễm độc tai, tắc nghẽn ống tai ngoài do nhiều ráy tai... đều có thể kèm theo hiện tượng ù tai.
- Û tai cũng có thể là triệu chứng khi bị phình mạch hay có khối u chèn ép trong não.
- Việc sử dụng một số loại thuốc như *aspirin*, *quinin* cũng có thể gây ù tai.
- Û tai cũng có thể xuất hiện sau một chấn thương ở đầu.

Chẩn đoán

Chẩn đoán dựa vào khai báo của bệnh nhân kết hợp với các triệu chứng đi kèm.

- Chú ý đến các dấu hiệu như giảm thính lực, chóng mặt, đau tai...
- Tìm dấu hiệu của các bệnh tai như viêm tai giữa, viêm tai ngoài... cũng như kiểm tra xem ráy tai có quá nhiều trong tai hay không.
- Đo huyết áp và xét nghiệm máu tìm các dấu hiệu bất thường và loại trừ khả năng bệnh nhân bị thiếu máu (*anaemia*).

- Lưu ý đến các yếu tố như môi trường làm việc, tuổi tác, những chấn thương gần đây ở đầu, các loại thuốc đã sử dụng...

Điều trị

Việc xác định nguyên nhân quyết định hướng điều trị, vì chủ yếu là điều trị nguyên nhân mà thôi. Cần chú ý đến tâm trạng của bệnh nhân, vì yếu tố tâm lý có thể làm cho tình trạng bệnh trở nên tồi tệ và khó chịu hơn. Nếu bệnh nhân chấp nhận thích nghi, chẳng hạn như giảm bớt sự lo âu, sợ sệt hay bức tức, vấn đề sẽ trở nên dễ chịu hơn. Các nguyên nhân nguy hiểm như u não, cao huyết áp cần được chẩn đoán loại trừ ngay để trấn an bệnh nhân. Việc giải quyết các nguyên nhân nêu trên có thể giúp làm mất đi hiện tượng ù tai, chẳng hạn như làm sạch ráy tai, điều trị viêm tai giữa, viêm tai ngoài... Một số bệnh nhân dùng các nguồn âm thanh bên ngoài để giảm bớt cảm giác ù tai, chẳng hạn như nghe *radio*, *cassette*... Nếu điều này giúp bệnh nhân thấy dễ chịu hơn thì cũng có thể chấp nhận. Hầu hết các trường hợp ù tai không thuyên giảm cần được chuyển đến bác sĩ chuyên khoa.

VIÊM MŨI DỊ ỨNG

Viêm mũi dị ứng là bệnh phổ biến ở một số vùng và thường xuất hiện vào những mùa nhất định trong năm. Sở dĩ như vậy là vì bệnh gắn liền với sự xuất hiện của các tác nhân gây dị ứng trong môi trường, chẳng hạn như phấn hoa, bụi... Bệnh rất thường gặp ở những người sẵn

có một bệnh dị ứng khác như hen (suyễn), chàm... Bệnh có khuynh hướng xuất hiện trong cùng một gia đình nên có thể là có yếu tố di truyền. Bệnh thường xuất hiện ở nữ giới nhiều hơn nam giới, và thường xuất hiện trước độ tuổi 30.

Nguyên nhân

Đúng như tên gọi, nguyên nhân của bệnh này là do hiện tượng dị ứng, nghĩa là sự phản ứng quá mức của cơ thể đối với một số tác nhân nào đó, được gọi là tác nhân gây dị ứng. Trong khi các tác nhân này là vô hại đối với những người bình thường, thì chúng lại có khả năng gây ra phản ứng mạnh mẽ ở cơ thể của một số người. Phản ứng mạnh của cơ thể trong trường hợp này tạo ra một lượng lớn *histamin* và các hóa chất gây viêm và tiết dịch nhiều ở niêm mạc mũi cũng như các xoang mũi, làm cho người bệnh có những triệu chứng như hắt hơi, chảy nước mũi, sung huyết mũi...

Các tác nhân gây dị ứng thông thường là phấn hoa, các loại cây cỏ, bụi, lông thú vật... Tác nhân gây dị ứng không giống nhau ở mỗi người, nên việc người bệnh xác định được tác nhân gây dị ứng là rất quan trọng.

Chẩn đoán

Khi tiếp xúc với tác nhân gây dị ứng, người bệnh thường thấy ngứa trong mũi, trong họng và cả trong mắt. Kèm theo đó là hắt hơi, chảy nước mũi, nước mắt. Đôi khi mắt

cũng bị viêm kết mạc, gây đỏ và đau. Cần chẩn đoán loại trừ viêm kết mạc nhiễm khuẩn, có thể dùng tăm bông lấy bệnh phẩm gửi xét nghiệm nếu có nghi ngờ.

Điều trị

- Điều trị triệu chứng bằng thuốc kháng *histamin*, đáp ứng tốt có thể làm giảm sung huyết mũi, giảm ngứa, giảm chảy nước mũi, nhưng có tác dụng phụ là gây buồn ngủ.
- Nếu viêm mũi nhẹ có thể dùng thuốc giảm sung huyết dạng xịt hay nhỏ vào mũi. Không dùng liên tục quá 3 ngày vì có thể làm cho bệnh nặng hơn.
- Trong một số trường hợp có thể điều trị bằng *corticosteroid* với dạng dùng tại chỗ.
- Thuốc hít *sodium cromoglycat* có thể chỉ định dùng thường xuyên trong mùa có phấn hoa, nếu phấn hoa là tác nhân gây dị ứng, sẽ ngăn ngừa được cơn dị ứng do thuốc này ức chế phản ứng của cơ thể.
- Với một số loại phấn hoa đặc biệt, việc tiêm dưới da một lượng nhỏ phấn hoa và tiêm nhắc lại nhiều lần có thể giúp cơ thể làm quen với phấn hoa và xóa bỏ được hiện tượng dị ứng.
- Trong hầu hết các trường hợp, nếu xác định chính xác tác nhân gây dị ứng thì việc tránh xa tác nhân ấy là biện pháp tốt nhất.

CHẢY MÁU MŨI

Các trường hợp chảy máu mũi có thể cần xử trí ngay khi đang chảy máu, cũng như có thể cần xử trí sau đó để ngăn ngừa những lần chảy máu về sau. Chảy máu mũi có thể là do những va đập, chấn thương ở mũi, làm vỡ các mạch máu rất nhỏ ở đây, hoặc cũng có thể do cảm cúm hay nhiễm trùng làm tróc các lớp vảy trên niêm mạc mũi. Chảy máu mũi không do chấn thương và xảy ra nhiều lần thường được gọi là chảy máu cam, có thể là dấu hiệu của các tình trạng bất ổn như cao huyết áp, rối loạn đông máu... và cần được xử trí. Chảy máu mũi cũng thường xảy ra ở trẻ em như một hiện tượng khá phổ biến và có thể mất đi khi các em lớn dần.

Nguyên nhân

Chảy máu mũi thông thường nhất là do các chấn thương, va đập làm vỡ các mạch máu lớn nhưng rất mỏng manh ở vách mũi. Vì thế, chảy máu mũi thường chỉ xảy ra ở 1 trong 2 lỗ mũi.

Chẩn đoán

- Thăm khám trực tiếp bằng cách nhìn vào mũi bệnh nhân để cố gắng phát hiện vị trí chảy máu.
- Cần chú ý đến lượng máu mà bệnh nhân đã mất đi do chảy máu mũi để có biện pháp đáp ứng kịp thời.

- Kiểm tra các yếu tố liên quan như huyết áp, tình trạng rối loạn đông máu...
- Tìm hiểu xem bệnh nhân bị chảy máu lần đầu hay đã từng chảy máu nhiều lần, và nếu đã từng chảy máu thì vào những trường hợp nào, thời điểm nào...
- Hỏi về các chấn thương trong thời gian gần đây ở vùng đầu, mặt...

Điều trị

- Hầu hết các trường hợp chảy máu mũi có thể xử trí tốt bằng biện pháp sơ cứu tức thời như sau: đặt bệnh nhân ngồi ở tư thế cúi người về phía trước và há miệng ra để máu và các cục máu đông không làm nghẽn đường thở, bóp mũi lại ở vị trí ngay dưới sống mũi trong vòng 15 phút, hướng dẫn bệnh nhân chỉ thở bằng miệng, sau đó buông mũi ra từ từ để xem máu đã ngừng chảy hay chưa. Nếu máu vẫn còn chảy thì tiếp tục khoảng 5 phút nữa. Nếu sau đó máu vẫn không ngừng chảy thì phải chuyển ngay bệnh nhân đến bệnh viện.
- Nếu chảy máu mũi xảy ra nhiều lần và có liên quan đến các tác nhân như cao huyết áp, rối loạn đông máu... cần điều trị các bệnh này.
- Chảy máu mũi do chấn thương, va đập vào mũi... thường đáp ứng tốt với biện pháp cầm máu như trên. Cần cho bệnh nhân nghỉ ngơi tại chỗ và tránh mọi

sự va chạm vào mũi vừa bị chảy máu. Tuy nhiên, nếu dòng máu vẫn chảy dai dẳng không dừng, bệnh nhân có thể cần được đưa vào bệnh viện để can thiệp bằng phẫu thuật hay đốt điện.

- Chảy máu mũi nhiều lần ở trẻ em (chảy máu cam) thường không có biện pháp điều trị, chỉ cố gắng chăm sóc tốt mỗi lần chảy máu. Tình trạng này thường tự mất đi khi các em lớn lên.

NGHỆT MŨI

Nghẹt mũi là hiện tượng một hoặc hai lỗ mũi bị dịch nhầy ngăn bít, làm cho người bệnh không thể thở một cách dễ dàng. Việc phân biệt các trường hợp nghẹt một hay hai lỗ mũi thường không giúp ích gì cho chẩn đoán, trừ trường hợp đặc biệt là có dị vật nằm trong mũi. Tuy nhiên, cần phân biệt giữa *nghẹt mũi cấp tính* chỉ kéo dài trong khoảng vài ba ngày với *nghẹt mũi mạn tính* có thể kéo dài đến trên 3 tuần lễ.

NGHỆT MŨI CẤP TÍNH

Nguyên nhân

Các nguyên nhân gây ra hiện tượng nghẹt mũi cấp tính có thể là:

- Viêm mũi dị ứng.
- Viêm xoang.

- Nhiễm trùng đường hô hấp trên.
- Có dị vật trong mũi.
- Cục máu đông còn lại sau khi bị chảy máu mũi.
- Chấn thương ở mũi.
- Viêm niêm mạc mũi (gây sung huyết mũi).

Chẩn đoán

Chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân trên. Chú ý tìm các dấu hiệu có thể quan sát thấy được như cục máu đông trong mũi, dị vật, các chấn thương ở mũi...

Điều trị

Nếu xác định được nguyên nhân, tiến hành điều trị nguyên nhân. Về điều trị triệu chứng, có thể cho dùng các loại dung dịch thuốc nhỏ mũi như *sunfarin*, *naphthazolin*... Các trường hợp nghẹt mũi do viêm mũi dị ứng có thể sử dụng các thuốc kháng *histamin* để làm giảm triệu chứng. Trong một số trường hợp, thuốc kháng *histamin* dạng viên uống *terfenadin* có thể mang lại hiệu quả tốt. Nghẹt mũi do viêm xoang cấp tính thường kết hợp với chảy dịch mũi màu vàng, xanh hay có máu và rất nhạy cảm ở vùng mặt. Điều trị viêm xoang bằng kháng sinh hoặc trong một số trường hợp cần chụp X quang để xác định và chỉ định rửa xoang hay phẫu thuật dẫn lưu xoang.

NGHỆT MŨI MẠN TÍNH

Nguyên nhân

Nghẹt mũi kéo dài quá lâu (trên 3 tuần lễ) có thể do những nguyên nhân tồn tại lâu dài chưa được xử trí, chẳng hạn như lệch vách ngăn mũi, nhiễm trùng đường hô hấp trên hay viêm xoang mạn tính...

Chẩn đoán

- Giọng nói của bệnh nhân có âm mũi, nghĩa là cho thấy rõ mũi thường xuyên bị nghẹt.
- Sổ mũi nhiều trong thời gian bị nhiễm trùng đường hô hấp trên.
- Ở người lớn thường có dấu hiệu khó thở khi ngủ, làm cho giấc ngủ bị gián đoạn vào ban đêm, khiến người bệnh thường ngủ nhiều vào ban ngày.
- Trẻ em ngáy nhiều khi ngủ cũng có thể là dấu hiệu của nghẹt mũi mạn tính.
- Viêm VA là nguyên nhân rất thường gặp gây ra nghẹt mũi kéo dài ở trẻ em.

Điều trị

Thuốc xịt mũi, thuốc nhỏ mũi, thuốc giảm sung huyết... chỉ được dùng để điều trị triệu chứng tạm thời. Vấn đề quan trọng hơn là phải xác định và điều trị nguyên nhân gây ra nghẹt mũi kéo dài. Các trường hợp lệch vách ngăn

mũi có thể là do bẩm sinh hoặc do chấn thương mạnh vào mũi, nhưng nếu đây là nguyên nhân gây nghẹt mũi thì đều cần phải phẫu thuật để chỉnh lại vị trí vách ngăn. Viêm xoang cần điều trị dứt điểm với kháng sinh hoặc kết hợp rửa xoang, phẫu thuật dẫn lưu xoang... Trẻ em viêm VA cũng có thể điều trị bằng kháng sinh, nhưng nếu không dứt hoặc tái phát nhiều lần thì cần phải tiến hành phẫu thuật nạo sạch.

ĐAU HỌNG

Đau họng là một cảm giác khô, rát ở họng và khó chịu khi nuốt. Đau họng không phải là một bệnh, mà có thể là triệu chứng của một trong nhiều bệnh khác nhau.

Nguyên nhân

Các bệnh sau đây thường là nguyên nhân gây đau họng:

- Viêm họng do liên cầu khuẩn (nhiễm liên cầu tan huyết beta).
- Loét miệng.
- Viêm *amidan*.
- Cảm lạnh.
- Cảm cúm.
- Viêm thanh quản.
- Tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn...

- Một số bệnh ở trẻ em do nhiễm *virus* như thủy đậu, sởi, quai bị...
- Một số trường hợp *viêm xoang* cũng gây đau họng, mặc dù hiếm gặp hơn.

Chẩn đoán

- Dựa vào thời gian của các triệu chứng. Hầu hết các trường hợp đau họng do nhiễm cấp tính liên cầu khuẩn và *virus* đều sẽ giảm trong vòng 5 đến 7 ngày.
- Dựa vào các triệu chứng tổng quát của căn bệnh. Chẳng hạn, các triệu chứng như sốt cao, đổ mồ hôi, đau cơ, mệt mỏi... đều có thể cho thấy một trường hợp nhiễm trùng nghiêm trọng hơn.
- Dùng đèn soi để quan sát trực tiếp trong họng, tìm các dấu hiệu của viêm *amidan* (những chỗ bọt mũ...) hoặc tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn (các mảng bựa trắng như sữa...)
- Sờ vào hạch bạch huyết ở cổ để xác định xem có sưng to hay không.
- Phần lớn các xét nghiệm thường không có giá trị chẩn đoán trong các trường hợp đau họng, vì khi có kết quả xét nghiệm (sau vài ba ngày) thì hầu hết bệnh nhân đều đã thuyên giảm. Tuy nhiên, xét nghiệm máu đặc biệt quan trọng trong chẩn đoán tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn. Trong

trường hợp xét nghiệm đầu tiên cho kết quả âm tính, cần phải lặp lại sau đó 3 tuần, vì vào thời điểm này bệnh trở nên dễ phát hiện hơn. Nếu kết quả âm tính nhưng bệnh nhân không có dấu hiệu thuyên giảm sau 1 đến 2 tuần, cần tiếp tục lặp lại xét nghiệm.

- *Tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn* thường được nghi đến khi phát hiện một màng trắng phía trên *amidan*. Sờ vào hạch bạch huyết ở vùng cổ thường thấy sưng to hơn. Thường có các đốm xuất huyết trên vòm miệng và cũng có thể phát hiện gan lách to.
- Loét trong miệng cũng gây đau họng, được phát hiện bằng quan sát trực tiếp. Hầu hết các trường hợp loét miệng là lành tính, nhưng nếu loét kéo dài hơn 6 tuần thì nên xét đến khả năng ung thư.

Điều trị

- Các trường hợp bệnh do nhiễm *virus* chỉ cần cho bệnh nhân dùng thuốc giảm đau và súc miệng bằng dung dịch có kháng sinh.
- Các trường hợp nhiễm liên cầu khuẩn nếu xử trí ngay bằng *penicillin* sẽ có thể làm giảm triệu chứng của bệnh trong vòng 24 giờ. Tuy nhiên, chưa có phương pháp nào để chẩn đoán phân biệt giữa các trường hợp nhiễm *virus* và nhiễm liên cầu khuẩn,

và vì thế không thể sử dụng *penicillin* khi chưa có đủ cơ sở chẩn đoán phân biệt.

- Khi bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm độc, có thể cho dùng một loại kháng sinh có hiệu quả chống lại liên cầu khuẩn, chẳng hạn như *penicillin*, hoặc dùng *erythromycin* 250mg 4 lần mỗi ngày, liên tục trong 5 ngày.
- Các trường hợp viêm *amidân* cũng gây ra đau họng như một trong các triệu chứng chính. Điều trị tốt *amidân* sẽ làm giảm đau họng trong vòng 24 giờ. Nếu triệu chứng kéo dài hơn, hoặc quan sát có mũ trên *amidân*, đặc biệt là một bên hạch *amidân* sưng tấy lên, cần chuyển bệnh nhân đến chuyên khoa để điều trị ngay. Một số trường hợp nặng cần phải phẫu thuật cắt bỏ *amidân*.
- Tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn chỉ điều trị triệu chứng bằng thuốc giảm đau và cho bệnh nhân nghỉ ngơi. Tránh dùng thuốc kháng sinh vì rất hay gây ra các vùng ban đỏ trên da. Theo dõi và tiến hành gửi xét nghiệm máu để có kết quả chẩn đoán chính xác trước khi quyết định điều trị bằng kháng sinh.
- Nếu bệnh nhân đang dùng thuốc *carbimazol* (thuốc điều trị cường tuyến giáp) bị đau họng, nên nghỉ ngay đến chứng giảm bạch cầu trung tính (*neutropenia*). Gửi xét nghiệm làm công thức máu toàn bộ ngay để xác định.

- Loét miệng được xử trí bằng cách vệ sinh răng miệng tốt. Súc miệng bằng nước muối hoặc dung dịch sát khuẩn. Chỉ định kháng sinh chống nấm, chẳng hạn như *nystatin* 1ml, mỗi ngày 4 lần nếu có dấu hiệu bị tưa (*thrush*).

SUNG HẠCH BẠCH HUYẾT VÙNG CỔ

Hạch bạch huyết vùng cổ sưng to thường là dấu hiệu của một trường hợp nhiễm trùng đường hô hấp trên hoặc viêm họng, nhưng đôi khi cũng là dấu hiệu của một số vấn đề bất ổn khác. Hạch bạch huyết vùng cổ sưng to có thể là một dấu hiệu riêng lẻ hoặc có kèm theo đau, nhạy cảm.

Nguyên nhân

Nói chung, hạch bạch huyết vùng cổ là một trong các hàng rào của cơ thể để ngăn chặn sự xâm nhập của vi khuẩn vào cơ thể. Tại đây, vi khuẩn bị giữ lại và bị các bạch cầu của cơ thể tiêu diệt. Trong quá trình này, hạch sưng to do có sự tích tụ của vi khuẩn và bạch cầu. Một số trường hợp sưng hạch bạch huyết ở cổ thường là:

- Viêm họng.
- Viêm *amidân*.
- Đau tai.

- Nhiễm trùng vùng da đầu.
- Nhiễm trùng đường hô hấp trên.

Chẩn đoán

Có thể sờ thấy hạch bạch huyết vùng cổ sưng to. Tuy nhiên, điều quan trọng hơn là phải chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân có thể gây ra sưng hạch. Vì thế, cần khám kỹ ở các vùng tai, mũi, họng và da đầu. Đôi khi cũng cần quan sát các hạch bạch huyết khác như ở bẹn và nách để phát hiện các bệnh toàn thân.

Điều trị

- Các trường hợp do *virus* gây ra thường không kéo dài quá 2 tuần, hạch sẽ tự trở lại bình thường.
- Chỉ tiến hành điều trị khi xác định chắc chắn nguyên nhân, chẳng hạn như viêm họng, viêm *amidan*...
- Nếu không thể chẩn đoán phân biệt, tiếp tục theo dõi trong khoảng từ 4 đến 6 tuần để có thêm các triệu chứng giúp chẩn đoán phân biệt.
- Nếu hạch sưng to và kéo dài hơn 6 tuần, cho làm công thức máu toàn bộ với công thức bạch cầu và xét nghiệm *Paul-Bunnell* để tìm bệnh lý ác tính ở hệ tạo máu và chứng tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn. Nếu các xét nghiệm cho kết quả âm tính, có thể tiến hành sinh thiết để loại trừ khả năng bị lao phổi.

KHÀN TIẾNG

Khàn tiếng, hoặc đôi khi mất tiếng (hay tắt tiếng), là triệu chứng rất thường gặp đi kèm với các trường hợp nhiễm trùng đường hô hấp trên. Bệnh nhân bị thay đổi tiếng nói, phát âm rất khó khăn, tiếng nói thều thào khó nghe và đôi khi không còn phát ra tiếng nói được nữa. Khàn tiếng thường chỉ xuất hiện trong một thời gian ngắn và sẽ tự khỏi, nhưng đôi khi cũng kéo dài dai dẳng nếu nguyên nhân gây khàn tiếng là những bệnh nghiêm trọng chưa được điều trị.

Nguyên nhân

- Do cố gắng nói nhiều, nói to liên tục trong một thời gian, làm căng quá mức các cơ nhỏ của thanh quản, chẳng hạn như những người diễn thuyết, giáo viên, ca sĩ... sau những buổi làm việc kéo dài và nỗ lực quá sức.
- Nhiễm trùng đường hô hấp trên, cảm lạnh, viêm họng... dẫn đến viêm thanh quản cấp tính làm tổn thương dây thanh âm trong thanh quản.
- Viêm phế quản mạn tính.
- Thanh quản bị kích thích nhiều và thường xuyên do hút thuốc, uống rượu quá nhiều.
- Lệch vách ngăn mũi, viêm mũi dị ứng hoặc viêm xoang làm dịch nhầy đi vào thanh quản và gây kích thích.

- Políp dây thanh âm.
- Giảm năng tuyến giáp, do có sự tân tạo mô trên dây thanh âm.
- Bệnh bạch hầu (ở trẻ em), do viêm làm hẹp đường thở.
- Trường hợp rất hiếm gặp là ung thư thanh quản.

Chẩn đoán

Chú ý các triệu chứng đi kèm để xác định nguyên nhân. Nếu khàn tiếng kéo dài, nên chuyển bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa để kịp thời phát hiện các nguyên nhân nghiêm trọng nếu có. Các xét nghiệm sau đây thường cần thiết trong chẩn đoán nguyên nhân gây khàn tiếng:

- Làm công thức máu toàn bộ.
- Chụp X quang lồng ngực.
- Kiểm tra chức năng gan.

Các trường hợp khàn tiếng kéo dài trên 3 tuần không rõ nguyên nhân cần được chuyển đến bác sĩ chuyên khoa để có đủ điều kiện chẩn đoán loại trừ khả năng ung thư thanh quản (thường phải soi thanh quản).

Điều trị

- Điều trị tùy thuộc vào nguyên nhân gây khàn tiếng được xác định.
- Trong hầu hết các trường hợp, dây thanh luôn cần

được nghỉ ngơi, vì thế nên khuyên người bệnh ít nói hoặc không nói trong một thời gian. Nếu chỉ khàn tiếng do dây thanh đã làm việc quá nhiều thì đây là biện pháp duy nhất cần áp dụng.

- Khuyên bệnh nhân ngừng hoặc hạn chế việc hút thuốc, uống rượu.

ÁPXE RĂNG

Áp xe răng là tình trạng có bọc mủ quanh chân răng do vi khuẩn xâm nhập và làm chết tủy răng. Áp xe răng làm cho vùng má giáp với răng bị nhiễm khuẩn sưng đau.

Nguyên nhân

- Áp xe răng thường xảy ra sau khi bị sâu răng.
- Áp xe răng cũng có thể xảy ra do bệnh nha chu khi vi khuẩn tích tụ trong các bọc sâu giữa răng và nướu (lợi).

Chẩn đoán

Dựa vào các triệu chứng và quan sát thực thể. Các triệu chứng đặc trưng là: đau răng, nướu (lợi) sưng đỏ và đau, nhất là khi nhai, kèm theo sốt, đau đầu. Khi bệnh tiến triển không được điều trị kịp thời, bọc mủ có thể vỡ, có mùi hôi và bệnh nhân thấy bớt đau. Thường thì răng bị sâu có thể xác định được vị trí và do đó xác định được vùng áp xe răng. Tuy nhiên, trong một số trường hợp cần chẩn đoán loại trừ khả năng sưng tuyến nước bọt mang

Cẩm nang y khoa thực hành

tai bằng cách thử xem có thể sờ được vào góc hàm hay không.

Điều trị

- Cho dùng thuốc giảm đau như *paracetamol*, kèm theo với điều trị bằng kháng sinh, chẳng hạn như *penicillin V* 500mg, 6 giờ một lần và *metronidazol* 800mg, 8 giờ một lần.
- Dẫn lưu ổ áp-xe, rửa và sát trùng tủy răng.
- Sau khi đã điều trị ổ áp-xe và răng sâu, cần xử trí răng bị sâu, chẳng hạn như trám hoặc nhổ bỏ (nếu không thể giữ lại được nữa).
- Áp-xe quanh nướu răng cần rạch để làm thoát mủ, xử trí chỗ viêm quanh răng, đôi khi cần phải nhổ bỏ răng.
- Nếu các vấn đề của răng chưa được giải quyết, cần đề nghị bệnh nhân đến khám bệnh với nha sĩ.



Bệnh tim mạch

HUYẾT ÁP CAO

Huyết áp cao là tình trạng áp lực của dòng máu lên các thành động mạch tăng cao hơn mức bình thường. Bình thường, huyết áp vẫn có tăng cao hay giảm thấp đôi chút tùy theo tình trạng hoạt động của cơ thể. Chẳng hạn như, khi luyện tập thể thao, chạy bộ... huyết áp sẽ hơi cao hơn so với khi nghỉ ngơi, nằm ngủ... Tuy nhiên, thuật ngữ “*huyết áp cao*” được dùng để chỉ một tình trạng không bình thường, nghĩa là sự gia tăng áp lực của máu lên thành động mạch đã đến một mức vượt cao hơn các thay đổi bình thường. Huyết áp cao xảy ra cho bất kỳ ai, nhưng tỷ lệ người bị bệnh này ở nam giới thường cao hơn nữ giới, và xuất hiện ở tuổi trung niên cho đến tuổi già nhiều hơn ở những người còn trẻ. Rất nhiều người bị huyết áp cao nhưng không biết, chỉ vì không có những lần kiểm tra sức khỏe định kỳ, và do đó bệnh không được điều trị, âm thầm tiến triển cho đến khi thực sự có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe.

Như đã nói, huyết áp của một người bình thường cũng luôn dao động. Khi chúng ta chạy bộ hay hoạt động mạnh, huyết áp tăng cao đôi chút. Khi chúng ta lo lắng, căng thẳng, huyết áp cũng tăng cao. Khi chúng ta hút thuốc

lá, uống rượu... huyết áp cũng tăng. Ngược lại, khi chúng ta thư giãn, nghỉ ngơi, nằm ngủ... huyết áp hạ thấp hơn. Do sự dao động tự nhiên này, nên trước khi đo huyết áp cho một bệnh nhân vừa từ xa đến, bác sĩ thường đề nghị bệnh nhân ngồi hoặc nằm nghỉ khoảng 15 phút để huyết áp trở lại mức bình thường rồi mới đo.

Huyết áp được đo bằng 2 chỉ số khác nhau, với đơn vị là milimét thủy ngân, được viết tắt là *mmHg*, nhưng thông thường hơn chỉ thể hiện bằng 2 con số ngăn cách nhau bởi một dấu vạch, chẳng hạn như: 140/90.

Khi máu từ tim được bơm vào các động mạch tạo nên áp lực cao nhất, chỉ số đo được gọi là *huyết áp tâm thu*. Đây là con số lớn hơn được đặt trước dấu vạch.

Khi tim dừng nghỉ giữa 2 lần co bóp, áp lực máu xuống thấp nhất, chỉ số đo được gọi là *huyết áp tâm trương*. Đây là con số nhỏ hơn được đặt sau dấu vạch. Trong ví dụ vừa nêu trên, *huyết áp tâm thu* của bệnh nhân là 140 *mmHg* và *huyết áp tâm trương* là 90 *mmHg*.

Nguyên nhân

Khoảng 90% số bệnh nhân bị huyết áp cao không rõ nguyên nhân, được gọi là *cao huyết áp nguyên phát*. Mặc dù không có nguyên nhân rõ ràng, nhưng huyết áp cao rất thường có liên hệ với các yếu tố như béo phì, nghiện rượu, nếp sống ít hoạt động hoặc có nhiều lo âu căng thẳng... Ngoài ra, yếu tố di truyền cũng có thể có liên

quan, vì huyết áp cao thường thấy xuất hiện trong các gia đình vốn đã từng có nhiều người mắc bệnh này.

Khoảng 10% bệnh nhân huyết áp cao có thể xác định được nguyên nhân cụ thể, gọi là *cao huyết áp thứ phát*. Các nguyên nhân thường gặp là:

- Hẹp động mạch chủ (bẩm sinh).
- Tiền sản giật.
- Bệnh thận.
- Bệnh tuyến thượng thận.
- Do một số loại thuốc, chẳng hạn như thuốc ngừa thai có *estrogen* được biết là làm tăng nguy cơ bị cao huyết áp.
- Bệnh tuyến giáp.
- Bệnh tiểu đường.

Chẩn đoán

Huyết áp cao được chẩn đoán xác định căn cứ vào trị số đo huyết áp. Tuy nhiên, do sự dao động huyết áp tự nhiên như đã nói, nên việc chẩn đoán xác định phải dựa vào trị số của 3 lần đo liên tiếp trong 3 ngày, vào 3 thời điểm khác nhau trong ngày. Nếu các lần đo này cho kết quả như nhau hoặc chênh lệch không đáng kể, mới có thể kết luận việc bệnh nhân có bị cao huyết áp hay không. Mặt khác, ngay cả khi đã có kết luận và tiến hành điều trị thì

việc theo dõi thường xuyên huyết áp của bệnh nhân vẫn là một yêu cầu bắt buộc.

Tuy nhiên, nếu lần đo đầu tiên cho kết quả huyết áp rất cao kèm theo một trong những biến chứng của tăng huyết áp, chẳng hạn như bệnh võng mạc tăng huyết áp, thì có thể xem xét ngay việc tiến hành điều trị.

Huyết áp cao thường không có các triệu chứng rõ rệt, chỉ trừ khi huyết áp đã lên quá cao mới có các dấu hiệu như đau đầu, thờ gập, choáng váng và rối loạn thị giác. Vì thế, việc chẩn đoán huyết áp cao chủ yếu dựa vào sự phát hiện và theo dõi qua nhiều lần đo huyết áp định kỳ. Những người có nhiều nguy cơ cao huyết áp như người già, người bị bệnh thận, người nghiện rượu, người béo phì... cần phải được định kỳ kiểm tra huyết áp để kịp thời phát hiện và điều trị. Những người bình thường cũng nên kiểm tra huyết áp hằng năm để đảm bảo là huyết áp vẫn bình thường.

Việc xác định huyết áp cao không hoàn toàn giống nhau ở mỗi người. Chẳng hạn như ở người già huyết áp có khuynh hướng hơi cao so với người trẻ, ở người có thể hình cao lớn huyết áp cũng hơi cao so với những người thấp bé... Và nếu như một người đang sống trong tình trạng căng thẳng, lo lắng thì chỉ số huyết áp cao cũng chưa thể kết luận là có bệnh. Các chỉ số gợi ý sau đây chỉ mang tính tham khảo, cần xem xét thêm các mối liên hệ khác với cao huyết áp như đã trình bày ở trên.

Trị số huyết áp của một người trưởng thành đang trong tình trạng khỏe mạnh bình thường là dao động trên dưới

khoảng 110/75. Nếu kết quả 3 lần đo liên tiếp trong 3 ngày và vào 3 thời điểm khác nhau cho các trị số cao hơn mức bình thường nhưng:

1. Thấp hơn 150/90: Chưa cần điều trị, nhưng nên có sự theo dõi, kiểm tra định kỳ.
2. Cao hơn 160/100: Đề nghị bệnh nhân đến kiểm tra huyết áp 3 lần trong vòng 2 tuần tiếp theo.
3. Trong khoảng từ 150/90 đến 160/100: Đề nghị bệnh nhân đến kiểm tra huyết áp 3 lần trong vòng 3 đến 6 tháng tiếp theo.

Sau đó, nếu những kết quả từ sau lần đo thứ tư cho các trị số:

1. Thấp hơn 150/90: Không cần điều trị, nhưng khuyên bệnh nhân nên định kỳ kiểm tra huyết áp.
2. Huyết áp tâm trương (chỉ số thấp hơn) thường xuyên giữ ở mức 90 đến 99, cần tiến hành điều trị nếu có kèm theo một trong các nguy cơ cao về bệnh tim mạch như:
 - Lớn tuổi: từ 60 tuổi trở lên.
 - Nghiện thuốc.
 - Nghiện rượu.
 - Cao *cholesterol*.
 - Có tiền sử gia đình về huyết áp cao.
 - Bị bệnh tiểu đường.

Nếu không có bất kỳ nguy cơ nào trong các nguy cơ kể trên, có thể chưa cần điều trị nhưng phải tiếp tục theo dõi huyết áp và hướng dẫn cho bệnh nhân các biện pháp hạ huyết áp không dùng thuốc. Việc theo dõi trong vòng 6 tháng sau đó nếu cho thấy huyết áp tâm trương lên cao hơn mức trên thì phải tiến hành điều trị bằng thuốc.

3. Huyết áp tâm trương thường xuyên giữ ở mức 100 đến 110, cần tiến hành điều trị nếu có kèm theo một trong các bệnh sau đây:
 - Phì đại tâm thất trái được xác định qua hình ảnh chụp X quang ngực (CXR) hay điện tâm đồ (ECG).
 - Cơ thiếu máu cục bộ thoáng qua.
 - Đã từng xảy ra các cơn đột quỵ, đau thắt ngực hay nhồi máu cơ tim.
 - Suy thận (tăng *creatinin*, *protein* niệu, huyết niệu).
 - Bệnh mạch ngoại vi.
 - Bệnh võng mạc do tăng huyết áp.

Nếu không có bất kỳ triệu chứng bệnh nào trong các bệnh kể trên, có thể chưa cần điều trị nhưng phải tiếp tục theo dõi huyết áp hàng tuần, và sau đó là hàng tháng để kịp thời phát hiện các thay đổi. Nếu sau đó huyết áp có giảm dưới mức 160/100, có thể xác định là cao huyết áp nhẹ và chỉ cần tiếp tục

theo dõi cũng như hướng dẫn cho bệnh nhân các biện pháp hạ huyết áp không dùng thuốc. Nếu huyết áp tâm trương tiếp tục ở mức cao hơn 100, nên tiến hành việc điều trị bằng thuốc.

4. Nếu huyết áp thường xuyên ở mức cao hơn 160/110, cần tiến hành điều trị bằng thuốc.
5. Nếu huyết áp tâm trương lớn hơn 120 và tiếp tục tăng sau mỗi lần đo huyết áp, có khả năng là *tăng huyết áp ác tính*, cần chuyển đến bác sĩ chuyên khoa hoặc đề nghị bệnh nhân vào điều trị trong bệnh viện.

Điều trị

- Các biện pháp làm hạ huyết áp không dùng thuốc nên được hướng dẫn cho tất cả các bệnh nhân có huyết áp cao hoặc hơi cao, do có ưu điểm là không có những phản ứng phụ như khi dùng thuốc. Các biện pháp này gồm có:
 - Giảm tiêu thụ năng lượng (*calo*) trong bữa ăn hàng ngày, cân đối dinh dưỡng hợp lý để giảm cân nhằm đạt được một trọng lượng cơ thể vừa phải, lý tưởng.
 - Không uống hoặc hạn chế tối đa việc uống rượu.
 - Giảm lượng muối ăn trong mỗi bữa ăn, cố gắng ăn nhạt hơn mức bình thường trước đây.
 - Năng luyện tập cơ thể, tập thể dục, chơi thể thao vừa sức, có thể áp dụng các phương pháp rèn

luyện vận động cơ thể thường xuyên như chạy bộ, đi xe đạp...

- Bỏ thuốc lá.
- Giảm lượng chất béo trong bữa ăn, nhất là các chất béo bão hòa (*saturated fat*) và *cholesterol*.
- Điều trị bằng thuốc nên tiến hành theo phương thức bậc thang, có nghĩa là từ nhẹ đến nặng. Có thể bắt đầu với một loại thuốc thuộc nhóm *thiazid* (như *hydrochlorothiazid*, *bendrofluzid*) với tác dụng chính là lợi tiểu, qua đó làm hạ huyết áp. Chống chỉ định của nhóm *thiazid* là các trường hợp tiểu đường, bệnh *gout*.
- Nếu nhóm *thiazid* bị chống chỉ định hoặc không có hiệu quả làm hạ huyết áp, có thể dùng một trong các thuốc thuộc nhóm chẹn giao cảm *beta* (như *atenolol*, *nadolol*...). Chống chỉ định của nhóm thuốc chẹn giao cảm *beta* (*beta blocker*) là các trường hợp tiểu đường, suy tim, hen (suyễn), bệnh mạch ngoại vi. Trong trường hợp không có chống chỉ định nhưng thuốc tỏ ra không có hiệu quả kiểm soát huyết áp, có thể cho dùng kết hợp hai loại thuốc vừa kể sẽ giúp gia tăng hiệu quả làm giảm huyết áp.
- Nếu cả 2 nhóm thuốc trên đều bị chống chỉ định hoặc tỏ ra không có hiệu quả, có thể cho dùng một trong các loại thuốc thuộc nhóm chẹn dòng *calcium* vào tế bào (*calcium-channel blocker*) như *nifedipin*,

verapamil... hoặc dùng một thuốc thuộc nhóm ức chế hệ *renin-angiotensin* (*ACE inhibitor*) như *captopril*.

- Trong trường hợp không có chống chỉ định nhưng việc dùng riêng rẽ các loại thuốc không mang lại hiệu quả kiểm soát huyết áp, có thể cân nhắc việc dùng phối hợp cả 3 hoặc 4 nhóm thuốc trên với liều thích hợp. Mục đích của việc điều trị là phải hạ được huyết áp xuống ở mức dưới 150/90.
- Thường xuyên kiểm tra huyết áp để đảm bảo nắm được hiệu quả của việc dùng thuốc. Cũng có thể áp dụng phác đồ kết hợp như sau: Nếu dùng nhóm thuốc thứ nhất không có hiệu quả, cho kết hợp nhóm thuốc thứ hai. Nếu vẫn không đạt hiệu quả, cho tăng gấp đôi liều nhóm thuốc thứ hai. Nếu vẫn chưa đạt hiệu quả, kết hợp thêm nhóm thuốc thứ ba và thứ tư. Cân nhắc khả năng chuyển bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa hoặc đề nghị điều trị tại bệnh viện.
- Một số trường hợp sau đây cũng cần cân nhắc việc đề nghị bệnh nhân điều trị tại bệnh viện hoặc chuyển đến bác sĩ chuyên khoa:
 - Bệnh nhân tăng huyết áp ở độ tuổi rất trẻ, dưới 35 tuổi, kèm theo một hay nhiều nguy cơ về các bệnh tim mạch.
 - Huyết áp tăng cao đột ngột.

- Cao huyết áp thứ phát (tăng *creatinin*, *protein* niệu...)
- Không kiểm soát được huyết áp, huyết áp tiếp tục tăng cao ngay trong thời gian đang dùng thuốc điều trị.
- Việc điều trị bằng thuốc nên chấm dứt khi xác định huyết áp đã được duy trì ổn định ở mức thấp hơn 150/90 và không có bất cứ triệu chứng nào của các bệnh liên quan. Nên giảm liều dần dần trước khi dứt hẳn.
- Bệnh nhân cần được theo dõi huyết áp thường xuyên sau điều trị để đảm bảo phát hiện kịp thời các dấu hiệu tái phát.

TĂNG LIPID MÁU

Tăng *lipid* máu là chỉ chung các bệnh chuyển hóa có tăng cao lượng *lipid* hay chất béo trong máu. Một trong các dạng chất béo tăng cao gây nguy hiểm thường gặp nhất là *cholesterol*. Ngoài ra còn phải kể đến các dạng như *triglycerid* và *lipoprotein*.

Lipoprotein là sự kết hợp của các phân tử *lipid* và *protein* theo những tỷ lệ khác nhau. Nói một cách nôm na thì với tỷ lệ *protein* càng thấp, *lipoprotein* càng có hại cho sức khỏe. Người ta phân ra các loại như sau: rất thấp (*very low density lipoprotein*) thường gọi tắt là VLDL, thấp (*low density lipoprotein*) thường gọi tắt là LDL, và cao (*high density lipoprotein*) thường gọi tắt là

HDL. Tuy nhiên, HDL có lợi cho sức khỏe, thường được gọi là *cholesterol có lợi*, và không xếp vào nhóm làm tăng *lipid* máu.

Cao *cholesterol* là nguy cơ chính trong sự phát triển bệnh mạch vành và các bệnh tim mạch. Vì thế, khi theo dõi các loại bệnh này, cần lưu ý đến nồng độ *cholesterol* trong máu người bệnh.

Nguyên nhân

- Do di truyền.
- Suy tuyến giáp (nhược giáp).
- Tiểu đường.
- Suy thận.
- Hội chứng *Cushing*.
- Do dùng các thuốc *corticosteroid* hay *estrogen*.

Chẩn đoán

- Cần chú ý thăm dò tiền sử bệnh của những người trong cùng một gia đình.
- Quan sát các triệu chứng thường gặp ở bệnh này như: các nốt mỡ ở da, đau bụng, béo phì, viêm tụy...
- Tiến hành xét nghiệm máu để xác định nồng độ *cholesterol* trong các trường hợp sau:

- Tăng huyết áp.
 - Tiểu đường.
 - Có tiền sử mắc bệnh mạch vành hoặc bất cứ nguy cơ nào về các bệnh tim mạch, chẳng hạn như đã từng bị một cơn đau tim, phẫu thuật nghẽn mạch, tạo hình mạch, hoặc một xét nghiệm bất thường cho thấy có bệnh tim...
 - Có kết hợp các nguy cơ gây bệnh cao như nghiện thuốc lá, nghiện rượu, béo phì, ít vận động cơ thể...
- Kết quả chẩn đoán dựa vào nồng độ *cholesterol* trong máu qua xét nghiệm thường được gợi ý như sau:
- Tổng lượng *cholesterol* đo được vào thời điểm bất kỳ trong ngày luôn thấp hơn 5,5 mmol/L (hoặc thấp hơn 200 mg/dl) được xem là bình thường.
 - Tổng lượng *cholesterol* hơi cao hơn mức trên kết hợp với các nguy cơ gây bệnh cao như nghiện thuốc lá, nghiện rượu, béo phì, ít vận động cơ thể... được xem là gia tăng nguy cơ mắc bệnh mạch vành.
 - Tổng lượng *cholesterol* rất cao, chẳng hạn như trên mức 10 mmol/L gợi ý cho thấy có thể là một trường hợp tăng *lipid* máu do yếu tố di truyền.
- Cần chú ý là *cholesterol* tăng cao bất thường trong một số trường hợp sau:
- Tiểu đường (*diabetes mellitus*).

- Hội chứng thận hư.
- Suy tuyến giáp.
- Phụ nữ đang mang thai.

Điều trị

- Khi kết quả xét nghiệm máu cho thấy hàm lượng *cholesterol* cao hơn mức 10 mmol/L, cần chuyển ngay bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa hoặc đề nghị điều trị tại bệnh viện.
- Khi kết quả xét nghiệm máu cho thấy hàm lượng *cholesterol* ở mức từ 5,5 mmol/L đến 10 mmol/L, cần đánh giá toàn bộ các nguy cơ về bệnh mạch vành.
- Bệnh nhân có tiền sử các bệnh tim mạch cần duy trì mức *cholesterol* trong máu (đo vào lúc bụng đói) ở khoảng dưới 5 mmol/L. Nếu các biện pháp không dùng thuốc không giúp duy trì được mức *cholesterol* trong máu ở khoảng này, có thể cho dùng một trong các thuốc làm hạ *cholesterol* thuộc nhóm *statin*, chẳng hạn như *Zocor (simvastatin)* với liều khởi đầu khoảng 10 mg, mỗi ngày một lần.
- Tất cả các bệnh nhân có mức *cholesterol* cao đều nên được hướng dẫn các biện pháp có thể giúp hạ thấp mức *cholesterol* mà không cần dùng thuốc, chẳng hạn như:

- Duy trì thể trọng hợp lý, hay nói cách khác là bệnh nhân nên áp dụng các biện pháp giảm cân nếu đang trong tình trạng quá cân hoặc béo phì. Chỉ số trọng lượng cơ thể (*body mass index* – *BMI*) được tính bằng trọng lượng cơ thể (*kilogam*) chia cho bình phương chiều cao (*mét*). Chỉ số này cao hơn 28 ở nam giới hoặc cao hơn 27 ở nữ giới được xem là bắt đầu rơi vào tình trạng béo phì. Nên cố gắng giảm cân sao cho chỉ số BMI là 25 ở nam giới và 23 ở nữ giới. Các biện pháp giảm cân có thể là kết hợp giữa chế độ ăn uống và rèn luyện cơ thể.
 - Giảm tối đa lượng chất béo trong bữa ăn, nhất là các chất béo bão hòa và *cholesterol*.
 - Áp dụng chế độ ăn kiêng hợp lý cho các bệnh nhân có bệnh tim mạch.
 - Hướng dẫn bệnh nhân lập bảng theo dõi các món ăn hằng ngày để qua đó xác định các món ăn có chất béo bão hòa cần loại trừ.
 - Hướng dẫn bệnh nhân gia tăng lượng carbohydrat trong bữa ăn và các món ăn có ít hoặc không có chất béo, hoặc chỉ dùng một số ít chất béo dạng chưa bão hòa (*unsaturated fat*).
 - Bỏ thuốc lá và hạn chế tối đa việc uống rượu, bia...
- Khi lượng *cholesterol* đã được kiểm soát ở mức có thể chấp nhận, cần tiếp tục:

- Theo dõi bệnh nhân với tần suất kiểm tra ít nhất 3 tháng một lần.
 - Hướng dẫn bệnh nhân tiếp tục chế độ ăn kiêng và rèn luyện thể lực, gia tăng vận động cơ thể để duy trì kết quả đã đạt được.
- Nếu kết quả cho thấy mức *cholesterol* đo ngẫu nhiên vẫn cao và bệnh nhân có các nguy cơ về bệnh tim mạch, đề nghị cho kiểm tra mức *cholesterol* và *triglycerid* vào lúc đói. Nếu kết quả đo vào lúc đói vẫn cao và kéo dài đến 3 tháng sau đó, chuyển bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa hoặc đề nghị điều trị tại bệnh viện.

CHÂN ĐAU CÁCH HỒI

Chân đau cách hồi (*intermittent claudication*) là tình trạng bị đau từng cơn tương tự như chuột rút ở một hoặc cả hai chân khi đang đi, nhất là ở các bắp chân, làm cho bệnh nhân phải đi khập khiễng hoặc dừng lại, thường sau khi nghỉ một chút thì bớt đau, rồi trong chốc lát lại đau nữa. Vì thế cũng gọi là *khập khiễng cách hồi*. Chân đau cách hồi thường là dấu hiệu của một bệnh có ảnh hưởng lan rộng hơn, đó là xơ vữa động mạch. Vì thế, cần chú ý tìm hiểu kỹ các triệu chứng để phát hiện.

Nguyên nhân

- Do bệnh xơ vữa động mạch làm tắc nghẽn hay hẹp các động mạch ở chân. Bắp chân thường bị ảnh

hưởng nhiều nhất, làm cho bệnh nhân không thể đi được, nhưng nếu nghỉ một lát thì hết, do máu được cung cấp đủ trong thời gian nghỉ.

- Nguyên nhân ít gặp hơn là do hẹp ống sống, làm các rễ thần kinh dẫn đến chân bị chèn ép.

Chẩn đoán

- Xác định các nguy cơ liên quan đến bệnh xơ vữa động mạch như: nghiện thuốc lá, cao huyết áp, tiểu đường... nhất là khi bệnh nhân đã được chẩn đoán là xơ vữa động mạch từ trước.
- Quan sát các dấu hiệu liên quan đến việc cung cấp máu ở chân và loại trừ các nguyên nhân gây đau chân khác. Cụ thể là:
 - Kiểm tra mạch bệnh nhân.
 - Tìm những dấu hiệu như da lạnh, không có lông ở chân, những chỗ da khô và bong vẩy.
 - Kiểm tra các vết chai ở chân, những dấu hiệu nhiễm nấm hay móng chân bị cắt không đúng cách...
 - Tìm hiểu về các tổn thương ở chân trước đó, nếu có.
- Để xác định xơ vữa động mạch, cho kiểm tra: huyết áp, *cholesterol* trong máu, lượng đường trong máu, điện tâm đồ (ECG).

Điều trị

- Nếu bệnh nhân là người nghiện thuốc lá, khuyên bệnh nhân nên bỏ thuốc lá.
- Nếu bệnh nhân đang trong tình trạng quá cân hoặc béo phì, hướng dẫn bệnh nhân các phương thức để đạt được một trọng lượng cơ thể vừa phải, lý tưởng.
- Hướng dẫn bệnh nhân một chế độ rèn luyện thường xuyên, vượt qua cơn đau.
- Theo dõi bệnh nhân để đảm bảo là vấn đề đang được cải thiện. Nếu không, cần xem xét việc chụp X quang để đánh giá động mạch ở chân.
- Nếu chẩn đoán xác định là bệnh xơ vữa động mạch, có hướng điều trị thích hợp đối với căn bệnh này.

XƠ VỮA ĐỘNG MẠCH

Xơ vữa động mạch là tình trạng thành động mạch không còn duy trì được sự trơn láng và có nhiều mảng bựa hay “vữa” đóng vào khiến cho lòng động mạch bị hẹp lại, do đó lượng máu lưu thông trở nên khó khăn. Xơ vữa động mạch là nguyên nhân dẫn đến nhiều bệnh nghiêm trọng với tỷ lệ tử vong cao, do việc cung cấp máu cho các bộ phận của cơ thể bị trở ngại, đặc biệt là các bộ phận chính yếu như tim, não...

Nguyên nhân

Không có một nguyên nhân duy nhất rõ ràng, nhưng các yếu tố sau đây góp phần gây ra xơ vữa động mạch:

- Tuổi già.
- Tỷ lệ cao hơn ở nam giới.
- Cao huyết áp.
- Béo phì.
- Nghiện thuốc lá.
- Ít vận động cơ thể.
- Tiểu đường.
- Nóng tính, hay gây gỗ hoặc có nhiều lo âu.
- Di truyền.

Chẩn đoán

Bệnh không có triệu chứng rõ nét trong giai đoạn bắt đầu, do mức độ xơ vữa thường chưa đủ để gây ra bất cứ triệu chứng gì. Khi bệnh tiến triển, lượng máu lưu thông trong các động mạch giảm dần hoặc tắc nghẽn mới gây ra các triệu chứng:

- Đau thắt ngực khi máu không cung cấp đủ cho cơ tim.
- Chân đau cách hồi khi máu không cung cấp đủ đến chân.

- Cơ thiếu máu não thoáng qua khi máu không cung cấp đủ cho não do hẹp động mạch não, với các triệu chứng như đột quỵ kéo dài không quá 24 giờ, chóng mặt...

Để chẩn đoán xác định, cần tiến hành chụp X quang động mạch, siêu âm *Doppler*...

Điều trị

- Khi chẩn đoán xác định cần chuyển bệnh nhân đến điều trị chuyên khoa để có đủ điều kiện theo dõi và can thiệp kịp thời.
- Không có biện pháp điều trị để khôi phục động mạch đã bị hư hỏng. Các biện pháp điều trị triệu chứng để đề phòng nguy cơ tắc mạch gồm có:
 - Thuốc chống đông máu, để giảm nguy cơ hình thành các cục máu đông (huyết khối) làm tắc mạch.
 - Thuốc giãn mạch để giúp tăng thêm lượng máu lưu thông.
 - Phẫu thuật tái tạo động mạch bằng bóng để làm nở động mạch bị hẹp, tăng lượng máu cung cấp.
 - Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành khi có nguy cơ không cung cấp đủ máu cho tim.
- Phòng ngừa bệnh bằng cách loại bỏ các yếu tố nguy cơ gây bệnh như: bỏ thuốc lá, điều trị cao huyết áp, giảm cân, giảm cholesterol, điều trị bệnh tiểu

đường, vận động thường xuyên và rèn luyện cơ thể, tập thể dục đều đặn... Các biện pháp này cũng giúp làm cho bệnh chậm tiến triển.

ĐÁNH TRỐNG NGỰC

Đánh trống ngực (*palpitation*) là tình trạng tim đập nhanh và mạnh một cách bất thường. Đánh trống ngực có thể là một đáp ứng tự nhiên của cơ thể do các nguyên nhân cụ thể như gắng sức, căng thẳng tinh thần hay hoảng sợ, nhưng cũng có thể là một triệu chứng bệnh, xảy ra ngay cả trong những lúc cơ thể hoàn toàn nghỉ ngơi, với nhiều biểu hiện bệnh lý kèm theo.

Nguyên nhân

- Gắng sức quá mức, chẳng hạn như chạy nhanh, khuân vật nặng, leo dốc...
- Sợ hãi, căng thẳng hay quá lo lắng.
- Dùng quá nhiều các chất kích thích như rượu, trà, cà phê, thuốc lá...
- Rối loạn nhịp tim.
- Rung nhĩ.
- Cường tuyến giáp.

Chẩn đoán

- Theo dõi diễn tiến từ khi bắt đầu xảy ra đánh trống ngực. Nếu kéo dài quá lâu hoặc lặp lại nhiều lần,

kèm theo các triệu chứng như đau ngực, khó thở, chóng mặt... có thể cho thấy đây là dấu hiệu của một bệnh tim mạch nghiêm trọng.

- Nếu đánh trống ngực lặp lại nhiều lần, có thể đề nghị làm điện tâm đồ theo dõi liên tục 24 giờ để phát hiện các bệnh tim liên quan (loạn nhịp, lác nhịp, rung nhĩ...). Có thể cho xét nghiệm chức năng tuyến giáp.

Điều trị

- Đánh trống ngực do các nguyên nhân cụ thể như hoạt động quá sức, sợ hãi, dùng chất kích thích... thường không kéo dài, không lặp lại nhiều lần và không cần điều trị, chỉ cần loại trừ nguyên nhân
- Đánh trống ngực do các nguyên nhân bệnh lý cần chẩn đoán xác định nguyên nhân và tiến hành điều trị tùy theo nguyên nhân.

ĐAU NGỰC

Đau ngực là một triệu chứng chung có thể chỉ đơn giản là do cơ và xương bị đau, nhưng cũng có thể là biểu hiện của chứng thiếu máu cục bộ ở tim có thể dẫn đến tử vong. Cả hai trường hợp này đều có mức độ phổ biến như nhau, nên không thể xem thường dấu hiệu đau ngực.

Nguyên nhân

- Đau cơ và xương.

- Đau sườn.
- Viêm thực quản.
- Chứng ợ nóng.
- Chứng đau thắt ngực.
- Nhồi máu cơ tim cấp tính.
- Bệnh mạch vành.
- Thiếu máu cơ tim.
- Thuyên tắc mạch phổi.
- Nhiễm trùng vùng ngực.
- Viêm khí phế quản.

Chẩn đoán

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào các triệu chứng kèm theo và tiền sử bệnh nhằm xác định chính xác nguyên nhân gây đau ngực.

- Chẩn đoán loại trừ ngay các trường hợp cấp cứu như nhồi máu cơ tim, phình mạch tách (*dissecting aneurysm*), thuyên tắc mạch phổi...
- Nếu bệnh nhân có tiền sử các bệnh nhồi máu cơ tim, phình mạch tách, thuyên tắc mạch phổi, hoặc có thể trạng rất yếu, cần chuyển ngay đến bệnh viện.
- Xác định vị trí đau và tính chất của cơn đau. Đau giữa ngực, cảm giác nén tức và lan sang cánh tay

- hay cổ gợi ý một trường hợp nhồi máu cơ tim. Đau giữa ngực, cảm giác đau rất như xé và lan ra sau lưng gợi ý một trường hợp phình mạch tách. Thuyên tắc mạch phổi gây ra cơn đau nhói và hơi thở ngắn, dồn dập.
- Các triệu chứng được quan sát thấy từ bên ngoài như suy sụp, xanh xao, hụt hơi, vã mồ hôi... đều là các dấu hiệu bệnh lý nghiêm trọng.
 - Có nhiều khả năng bị nhồi máu cơ tim hoặc phình mạch tách khi kèm theo các yếu tố nguy cơ sau:
 - Nam giới trên 50 tuổi.
 - Nghiện thuốc lá.
 - Có tiền sử mắc các bệnh mạch vành, tiểu đường, huyết áp cao hoặc tăng *lipid* máu.
 - Có người thân trong gia đình mắc các bệnh nhồi máu cơ tim hoặc phình mạch tách.
 - Có nhiều khả năng bị thuyên tắc mạch phổi khi kèm theo các yếu tố nguy cơ sau:
 - Bị chứng huyết khối mạch sâu vào thời gian gần đây.
 - Sau phẫu thuật.
 - Bị chấn thương.
 - Đang dùng thuốc viên tránh thai kết hợp.
 - Nghiện thuốc lá.
 - Tiền sử mắc bệnh huyết khối.

- Thăm khám vùng ngực: thử đè mạnh vào ngực để xác định loại trừ trường hợp đau cơ xương.
- Nghe để xác định có tiếng cọ của viêm màng ngoài tim hay không, mặc dù đây là trường hợp rất hiếm gặp.
- Nếu bệnh nhân rất nhạy cảm ở vùng thượng vị, cần nghĩ đến viêm dạ dày hay chứng hồi lưu thực quản.
- Khám tổng quát toàn thân, kiểm tra mạch, huyết áp, thân nhiệt để tìm thêm các dấu hiệu giúp chẩn đoán phân biệt.
- Điện tâm đồ (ECG) có thể giúp xác định các trường hợp nhồi máu cơ tim hay thiếu máu cục bộ. Tuy nhiên, trong một số trường hợp kết quả vẫn có thể là bình thường ở những bệnh nhân mắc các bệnh này.
- Chụp X quang ngực thường không có giá trị chẩn đoán cao, nhưng có thể giúp xác định các trường hợp nhiễm trùng vùng ngực hoặc nứt xương sườn.

Điều trị

Việc điều trị một trường hợp đau ngực hoàn toàn phụ thuộc vào kết quả chẩn đoán xác định nguyên nhân gây đau ngực. Khi chưa có kết luận chính xác về nguyên nhân thì mọi biện pháp chỉ có ý nghĩa thăm dò. Các phần tiếp theo sau đây sẽ trình bày rõ hơn về phương thức điều trị sau khi đã xác định được nguyên nhân.

ĐAU THẮT NGỰC

Đau thắt ngực là một dạng đau ngực xảy ra do thiếu máu cục bộ cơ tim. Máu cung cấp oxy cho cơ tim, thiếu máu dẫn đến thiếu oxy. Vì thế, đau thắt ngực thường xảy ra vào những lúc nhu cầu oxy tăng cao, chẳng hạn như khi làm việc nặng hoặc cố gắng quá sức.

Nguyên nhân

- Các bệnh mạch vành như: hẹp động mạch vành do xơ vữa, co thắt mạch vành...
- Hẹp van động mạch chủ.
- Rối loạn nhịp tim.
- Thiếu máu nghiêm trọng.
- Cường tuyến giáp.

Chẩn đoán

Không thể chẩn đoán xác định qua thăm khám thực thể, nhưng cần chú ý các yếu tố sau:

- Xác định tính chất cơn đau. Đặc trưng của cơn đau thắt ngực là: đau từ giữa ngực, cảm giác như bị đè nặng, lan rộng lên hàm, ra sau lưng và ra cánh tay (thường là tay trái).
- Xác định sự gia tăng của cơn đau. Đặc trưng của cơn đau thắt ngực là gia tăng khi bệnh nhân gắng

sức nhiều hơn, chẳng hạn như leo dốc, đi ngược gió, chịu đựng thời tiết lạnh, làm việc hay luyện tập ngay sau bữa ăn no...

- Xác định sự thuyên giảm của cơn đau. Đặc trưng của cơn đau thắt ngực là thuyên giảm khi bệnh nhân nghỉ ngơi hoặc được cho dùng *nitrat*.
- Các yếu tố sau đây làm gia tăng nguy cơ bị cơn đau thắt ngực:
 - Nam giới trên 50 tuổi.
 - Nghiện thuốc lá.
 - Có tiền sử mắc các bệnh mạch vành, tiểu đường, cao huyết áp.
 - Tăng lipid máu.
 - Có người thân trong gia đình mắc các bệnh tim mạch (yếu tố di truyền).
- Tìm các dấu hiệu của suy tim (như sưng mắt cá chân, khó thở, tăng áp lực tĩnh mạch cảnh) hoặc rung nhĩ.
- Xét nghiệm công thức máu toàn bộ để loại trừ khả năng thiếu máu nghiêm trọng.
- Điện tâm đồ ghi nhận đường biểu diễn cơ bản để tham khảo trong các chẩn đoán tiếp theo. Điện tâm đồ nên thực hiện cả vào lúc nghỉ ngơi và ngay sau khi bệnh nhân gắng sức. Điện tâm đồ lúc nghỉ tuy

không cho thấy dấu hiệu của đau thắt ngực nhưng có thể cho thấy những thương tổn của tim trước đó.

- Chụp X quang lồng ngực không có giá trị chẩn đoán, trừ khi có nghi ngờ suy tim.

Điều trị

- Nếu các cơn đau xuất hiện một cách ổn định sau mỗi lần bệnh nhân phải gắng sức và mất đi khi nghỉ ngơi, đồng thời không có những diễn tiến khác hơn:
 - Điều trị chủ yếu là dùng thuốc nhóm *nitrat*. Có thể bắt đầu với dạng viên ngậm GTN (*glycerin trinitrat*), 1 đến 2 viên vào mỗi cơn đau. Cảnh báo bệnh nhân về tác dụng phụ của thuốc gây đau đầu.
 - Chuyển sang dạng thuốc uống nếu bệnh nhân cần dùng thuốc mỗi ngày, chẳng hạn như *isosorbid dinitrat* 10 – 20mg, mỗi ngày 3 lần.
 - Có thể dùng thêm các thuốc chẹn *beta* như *atenolol* 50 – 100mg, mỗi ngày một lần, nếu không có dấu hiệu suy tim.
 - Nên cho bệnh nhân dùng kèm thuốc giảm đau *aspirin* với liều 75mg mỗi ngày, trừ khi đang dùng các thuốc chống đông máu hoặc bị dị ứng với *aspirin*.

- Theo dõi trong vòng một tuần để đánh giá hiệu quả điều trị. Nếu bệnh nhân vẫn cần phải tiếp tục điều trị, hoặc có chống chỉ định với các thuốc trên, có thể chuyển sang dùng nhóm thuốc chẹn dòng calci vào tế bào (*calcium-channel blocker*), chẳng hạn như *nifedipin* 10mg, mỗi ngày 3 lần, hoặc *amlodipin* 5 - 10mg, mỗi ngày 1 lần.
- Hướng dẫn bệnh nhân về một nếp sống lành mạnh, loại trừ các nguy cơ có thể làm bệnh trầm trọng hơn, và phải báo ngay cho bác sĩ biết nếu cơn đau thắt ngực có dấu hiệu diễn tiến gia tăng.
- Nếu các cơn đau có diễn tiến ngày càng tồi tệ hơn, xảy ra với tần suất thay đổi không ổn định, không phụ thuộc hoàn toàn vào sự gắng sức của bệnh nhân, đặc biệt là bệnh nhân có thể có cơn đau cả vào những lúc nghỉ ngơi và về đêm, cần xem xét chuyển ngay đến bác sĩ chuyên khoa tim mạch, hoặc đề nghị bệnh nhân vào bệnh viện để được theo dõi và điều trị.

NHỒI MÁU CƠ TIM

Nhồi máu cơ tim là trường hợp mà một vùng cơ tim bị chết vì thiếu máu đột ngột. Nhồi máu cơ tim là nguyên nhân gây tử vong thường gặp nhất ở các bệnh về tim. Chẩn đoán phát hiện và cấp cứu kịp thời có thể giúp giảm thiểu các ca tử vong. Nhồi máu cơ tim rất thường gặp ở những nước công nghiệp phát triển. Riêng tại Hoa Kỳ, mỗi năm có khoảng 1,1 triệu người bị nhồi máu cơ tim,

và các tỷ lệ tử vong trong số bệnh nhân này là khoảng 40%. Bệnh xảy ra ở nam giới nhiều hơn phụ nữ, và nguy cơ mắc bệnh gia tăng theo tuổi già.

Nguyên nhân

- *Xơ vữa động mạch* là một trong các nguyên nhân thường gặp nhất. Trong chứng bệnh này, lượng máu lưu thông trong động mạch bị cản trở do thành động mạch không còn trơn láng, cộng thêm với các mảng bựa (vữa) đóng vào làm hẹp lòng động mạch. Khi một cục máu đông hình thành trong dòng máu vì một lý do nào đó bị các mảng bựa chặn lại, chúng hợp thành một “*nút chặn*” làm ngăn cản một phần hoặc hoàn toàn sự lưu thông của máu. Do sự ngăn cản này, lượng máu nuôi cơ tim bị cắt giảm hoặc mất hẳn. Tình trạng này nếu kéo dài trong một quãng thời gian sẽ làm cho một phần cơ tim bắt đầu chết vì thiếu oxy, và xảy ra cơn nhồi máu cơ tim.
- Trong một số trường hợp ít gặp hơn, vì một lý do nào đó cơ của thành động mạch bỗng đột ngột co lại, làm cho lòng mạch bị hẹp đi hoặc bít kín hoàn toàn, và do đó cắt giảm lượng máu đến nuôi tim. Cơn nhồi máu cơ tim cũng xảy ra tương tự như trong trường hợp trên.
- Các nguyên nhân gián tiếp, hiểu theo nghĩa là những yếu tố thúc đẩy, tạo điều kiện cho cơn nhồi máu cơ tim dễ dàng xảy ra hoặc xảy ra một cách nghiêm trọng hơn, gồm có:

- Tiền sử mắc bệnh tim ở những người thân trong gia đình (yếu tố di truyền).
- Tiền sử mắc các bệnh như bệnh động mạch vành, tiểu đường, huyết áp cao, tăng *lipid* máu...
- Nghiện thuốc lá.
- Huyết áp cao.
- Béo phì hoặc quá cân.
- Lượng *cholesterol* trong máu cao.
- Thói quen ăn nhiều chất béo, nhất là chất béo bão hòa (*saturated fat*) từ động vật.
- Nếp sống tĩnh tại, ít vận động cơ thể.

Chẩn đoán

- Đau ngực là triệu chứng điển hình, với đặc trưng của cơn đau là xảy ra đột ngột, có thể đau nhẹ hoặc đau rất nhiều, đôi khi lan dần lên hàm dưới, đôi khi lan ra cánh tay trái, nhưng cũng có khi lan xuống vùng thượng vị, làm rất dễ nhầm lẫn với các bệnh khác.
- Hơi thở của bệnh nhân ngắn và dồn dập, vã mồ hôi, da lạnh, đánh trống ngực, buồn nôn hoặc nôn, có thể hôn mê.
- Nếu có nghi ngờ nhồi máu cơ tim – dù chưa xác định chắc chắn – cần gọi xe cấp cứu ngay trước khi tiếp tục các chẩn đoán xác định.

- Đo huyết áp, mạch để đánh giá cung lượng tim và sự loạn nhịp. Thăm khám ngực, đo áp lực tĩnh mạch cảnh, tìm các dấu hiệu của suy tim. Nghe tiếng tim thường thấy không có thay đổi.
- Đo các men trong máu có thể cho kết quả chẩn đoán nếu tìm thấy các men do cơ tim bị tổn thương phóng thích ra.
- Trong điều kiện có thể tiến hành phẫu thuật thì cho chụp động mạch vành.
- Điện tâm đồ hoặc máy khử rung có màn hình để theo dõi tim. Nếu có thể thì kết hợp sử dụng cả hai. Tuy nhiên, ngay cả các dấu hiệu bình thường của điện tâm đồ cũng không cho phép loại trừ khả năng bị nhồi máu cơ tim. Theo dõi tâm đồ ký thường có lợi cho việc phát hiện và điều trị loạn nhịp tim.

Điều trị

- Trấn an bệnh nhân và gọi xe cấp cứu ngay khi có bất cứ dấu hiệu nghi ngờ nào về nhồi máu cơ tim.
- Áp dụng ngay các biện pháp điều trị triệu chứng trong thời gian chờ đợi xe cấp cứu:
 - Cho dùng thuốc giảm đau mạnh, chẳng hạn như *diamorphin* 2,5 – 5mg hoặc *morphin* 5 – 10mg tiêm tĩnh mạch. Tăng hay giảm liều tùy theo sự đáp ứng của bệnh nhân.

- Thuốc chống nôn tiêu tĩnh mạch, chẳng hạn như *prochlorperazin* 12,5 mg hay *metoclopramid* 10mg.
 - Nếu có suy tim, cho dùng *furosemid* 40mg tiêu tĩnh mạch.
 - Nếu huyết áp giảm (huyết áp tâm thu < 100) và nhịp tim chậm (< 50), cho dùng *atropin* 300µg tiêu tĩnh mạch. Theo dõi và lặp lại sau 5 phút, có thể tăng liều đến tối đa là 1,2mg.
 - Cho dùng *aspirin* 300mg, trừ trường hợp bệnh nhân đang dùng thuốc chống đông máu hoặc dị ứng với *aspirin*.
- Trong thời gian chờ đợi xe cấp cứu, luôn cảnh giác để sẵn sàng đối phó với nguy cơ bệnh nhân bị ngừng tim. Kiểm tra huyết áp và nhịp tim thường xuyên.
- Nếu có đủ thời gian, khi chuyển bệnh nhân đến bệnh viện nên gửi kèm theo bảng ghi các chi tiết liên quan đến trường hợp bệnh và tất cả các thuốc đã sử dụng.
- Trường hợp bệnh nhân đến khám bệnh khi cơn nhồi máu cơ tim đã qua đi:
- Nếu cơn nhồi máu cơ tim xảy ra chưa quá 24 giờ, chuyển ngay bệnh nhân đến bệnh viện để thực hiện các bước chẩn đoán và điều trị.

- Nếu cơn nhồi máu cơ tim đã xảy ra quá 24 giờ, kiểm tra ngay các triệu chứng liên quan. Nếu không còn triệu chứng hay dấu hiệu nào đáng ngại, có thể không cần thiết phải chuyển bệnh nhân vào bệnh viện nữa. Tuy nhiên, cần kiểm tra liên tục trong 3 ngày sau đó để tìm các dấu hiệu suy tim. Nếu tất cả đều tốt, đề nghị bệnh nhân tái khám sau một tuần.
- Tất cả bệnh nhân nhồi máu cơ tim sau khi đã rời khỏi bệnh viện đều cần phải được tái khám sau 2 tuần.

CHĂM SÓC SAU NHỒI MÁU CƠ TIM

Phần lớn bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim đều có tiên lượng xấu. Tỷ lệ tử vong trong vòng 20 ngày sau cơn nhồi máu cơ tim lên đến trên 30%, tỷ lệ tử vong trong vòng một năm sau cơn nhồi máu cơ tim là 45% – 55%, và tỷ lệ tử vong trong vòng 10 năm sau cơn nhồi máu cơ tim là khoảng 60% – 80%. Hầu hết bệnh nhân phải được theo dõi, khám bệnh hoặc dùng thuốc cho đến suốt đời. Vì thế, việc theo dõi chăm sóc sau cơn nhồi máu cơ tim là cực kỳ quan trọng, để có thể giúp bệnh nhân sớm hồi phục sức khỏe cũng như kịp thời xử trí các biến chứng, giảm thiểu tối đa các trường hợp tử vong.

Theo dõi

Sau cơn nhồi máu cơ tim, bệnh nhân cần được định kỳ thăm khám theo dõi để kịp thời phát hiện các dấu hiệu:

- Loạn nhịp tim.
- Huyết áp cao.
- Tiếng tim, các dấu hiệu suy tim.
- Tác dụng phụ của thuốc chẹn beta đã dùng, chẳng hạn như lơ mơ, giảm huyết áp.

Cần lưu ý đến những ảnh hưởng tâm lý do cơn nhồi máu cơ tim để lại ở bệnh nhân. Các dấu hiệu thường gặp là:

- Suy nhược tinh thần.
- Sợ không dám tham gia những công việc phải dùng sức nhiều.
- Chán nản, bi quan khi nghĩ đến tiên lượng bệnh.
- Bần thần, lo lắng và luôn cảm thấy không yên tâm về sức khỏe bản thân.

Chăm sóc

Qua cơn nhồi máu cơ tim, nếu được điều trị tốt thì sau 6 tuần bệnh nhân có thể hồi phục và thực hiện được những công việc bình thường như trước đây. Khuyến khích bệnh nhân rèn luyện thể lực một cách đều đặn với mức độ trong giới hạn sức khỏe cho phép, tránh không đến mức gây đau hay mệt mỏi. Tốt nhất là tập thể dục buổi sáng và những hoạt động rèn luyện thích hợp được thực hiện đều đặn mỗi ngày. Việc chăm sóc bệnh nhân thường phải lưu ý đến các vấn đề sau đây:

- Trấn an, tạo chỗ dựa tinh thần để giúp bệnh nhân giảm bớt các ảnh hưởng tâm lý. Khuyến khích bệnh nhân tham gia những công việc vừa sức để có được niềm vui sống, giảm tâm lý bi quan, chán sống. Tạo môi trường tình cảm tích cực, hạn chế tối đa các cảm xúc bất lợi như nóng giận, bực tức, buồn khổ... Cố gắng làm sao cho bệnh nhân có thể hòa nhập vào cuộc sống và loại bỏ những mặc cảm cũng như lo lắng về bệnh tật. Giải thích để bệnh nhân hiểu là rất nhiều người bị nhồi máu cơ tim vẫn có thể sống tốt nếu biết giữ gìn và có nếp sống tốt.
- Hướng dẫn, khuyến khích bệnh nhân thực hiện một nếp sống lành mạnh, có lợi cho sức khỏe, loại bỏ các yếu tố nguy cơ. Cụ thể là:
 - Khuyến bệnh nhân không hút thuốc lá, không uống rượu bia.
 - Thường xuyên rèn luyện thể lực với các bài tập và hoạt động thích hợp, vừa sức.
 - Hướng dẫn bệnh nhân chế độ ăn uống lành mạnh và cố gắng giảm cân nếu trong tình trạng quá cân hoặc béo phì. Trong mọi trường hợp, nên hạn chế các thức ăn có nhiều chất béo bão hòa và *cholesterol*.
 - Kiểm tra định kỳ để phát hiện và điều trị ngay các chứng cao huyết áp, tăng *cholesterol*, tiểu đường...

Cẩm nang y khoa thực hành

- Trong trường hợp cần phải tiếp tục điều trị bằng thuốc, có thể sử dụng:
 - Aspirin dạng viên uống, 75mg – 150mg mỗi ngày 1 lần, trừ khi bệnh nhân đang dùng thuốc kháng đông máu hoặc dị ứng với aspirin.
 - Thuốc chẹn beta, chẳng hạn như atenolol 50mg, mỗi ngày 1 lần, trừ khi có dấu hiệu suy tim hay bloc tim.

SUY TIM

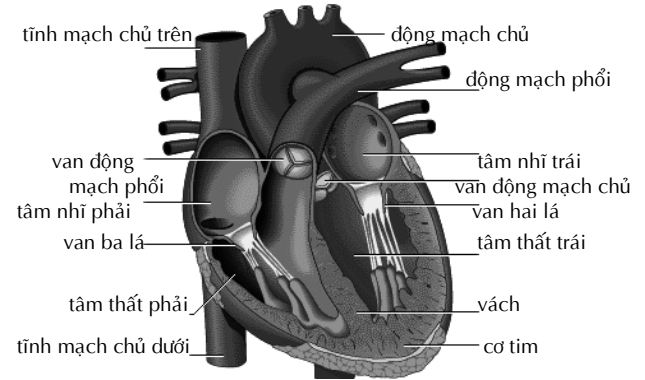
Suy tim là tình trạng tim hoạt động yếu đi, không đủ sức để cung cấp máu cho các cơ quan trong cơ thể, trước hết là cho phổi. Vì thế, suy tim có thể gây suy yếu toàn diện cơ thể. Mặc dù là một bệnh rất nguy hiểm, nhưng may mắn là hầu hết các trường hợp suy tim đều có thể điều trị tốt, trừ một số ít trường hợp có tiên lượng xấu như do bệnh cơ tim hay bệnh phổi mạn tính. Có 2 trường hợp là suy tim trái và suy tim phải.

Bình thường, mỗi phút tim bơm đi một lưu lượng máu khoảng 5 lít. Ở người bị suy tim, lưu lượng máu trong mỗi phút có thể giảm xuống chỉ còn từ 2 đến 3 lít.

Nguyên nhân

- Suy tim trái thường do các nguyên nhân như:
 - Cao huyết áp.
 - Cường tuyến giáp.

Bệnh tim mạch



CẤU TẠO CỦA TIM

- Thiếu máu.
 - Tổn thương van tim, hẹp hay hở van động mạch chủ, hở van hai lá.
 - Bệnh tim bẩm sinh, chẳng hạn như hẹp động mạch chủ.
 - Loạn nhịp tim.
 - Bệnh mạch vành.
 - Bệnh cơ tim.
- Cơ chế gây suy tim trái giống nhau trong tất cả các trường hợp trên. Đó là: tim trái phải làm việc nhiều hơn để duy trì việc cung cấp một lượng máu bình thường cho cơ thể. Có hai cách để gia tăng hiệu quả hoạt động của tim trái. Một là gia tăng nhịp đập, và hai là tăng kích thước của tim, làm dày vách cơ tim

trái. Tuy nhiên, sự gia tăng hoạt động của tim chỉ có tính cách đáp ứng tạm thời chứ không thể kéo dài, do đó tất yếu dẫn đến suy tim trái.

- Tim phải có chức năng đưa máu đã khử oxy vào phổi để nhận oxy. Vì thế, nguyên nhân gây suy tim phải thường có liên quan đến phổi. Suy tim phải thường do các nguyên nhân như:
 - Tăng áp lực ở phổi.
 - Các bệnh của phổi, như viêm phế quản mạn tính hoặc khí phế thũng.
 - Tổn thương van tim (hở van ba lá).
 - Bệnh tim bẩm sinh, như hẹp van động mạch phổi, hở vách tim, tứ chứng *Fallot*...

Chẩn đoán

- Triệu chứng sớm nhất thường là dễ mệt mỏi, ngay cả khi không làm việc quá sức.
- Khó thở, thường gặp ở suy tim trái, do phổi không nhận được đủ máu. Bệnh nhân thường thở gấp, hơi thở ngắn. Thường khó thở khi nằm, ngồi dựa lưng vào tường sẽ dễ chịu hơn. Khó thở gia tăng về đêm, có thể kèm theo vã mồ hôi.
- Sưng mắt cá chân và cẳng chân thường gặp ở suy tim phải, kèm theo là gan to và chướng hơi trong ruột (đầy bụng) gây khó chịu, khó tiêu.

- Các biện pháp xét nghiệm có thể giúp phát hiện những nguyên nhân như sau:
 - Công thức máu toàn bộ giúp phát hiện các trường hợp thiếu máu.
 - Xét nghiệm chức năng tuyến giáp giúp phát hiện các trường hợp nhiễm độc giáp.
 - Kiểm tra chức năng gan giúp phát hiện các trường hợp rối loạn trong suy tâm thất trái.
 - Chụp X quang lồng ngực giúp phát hiện các trường hợp phình mạch ở tâm thất trái, tim to.
 - Điện tâm đồ giúp phát hiện các trường hợp loạn nhịp hay nhịp tim nhanh, hoặc nhồi máu cơ tim.
- Trong các trường hợp sau đây, nếu có thể cần tiến hành siêu âm tim ngay để gia tăng khả năng chẩn đoán:
 - Bệnh nhân dưới 65 tuổi.
 - Nghe tim thấy có tiếng rì rào nhẹ, có thể là một trường hợp van tim bất thường cần phẫu thuật.
 - Các triệu chứng được phát hiện ở mức độ nghiêm trọng.
 - Kết quả chẩn đoán không chắc chắn, không phát hiện rõ nguyên nhân.
 - Bệnh khởi phát đột ngột dạng cấp tính, cần chuyển ngay đến bệnh viện.
- Các yếu tố sau đây có thể làm tăng thêm khả năng nghi ngờ về một trường hợp suy tim:

- Tiền sử có nhồi máu cơ tim.
- Đã từng trải qua phẫu thuật tim.
- Thiếu máu.
- Nhiễm độc tuyền giáp.
- Loạn nhịp tim.
- Bệnh mạch vành.
- Đang dùng các thuốc kháng viêm không phải *steroid*.
- Đang dùng các thuốc chẹn *beta*.
- Thăm khám thực thể tìm các dấu hiệu sau đây:
 - Tĩnh mạch cổ nổi lên do phình to hơn (thường gặp ở suy tim phải).
 - Nghe tim thấy nhịp nhanh, tiếng thổi tâm thu nhẹ ở mỏm tim, tiếng ngựa phi.
 - Sưng phù mắt cá chân hoặc cẳng chân
- Chẩn đoán nguyên nhân qua các triệu chứng như:
 - Mạch thất thường: loạn nhịp tim.
 - Huyết áp cao: bệnh cao huyết áp.
 - Nghe tim có tiếng rì rào nhẹ: bệnh van tim.
 - Nhịp tim nhanh, mất lối: nhiễm độc tuyền giáp.
 - Da xanh xao: thiếu máu.

Điều trị

- Điều trị nguyên nhân gây suy tim chủ yếu phụ thuộc vào kết quả được chẩn đoán.

- Trong trường hợp xác định một ca suy tâm thất trái cấp tính, cần điều trị ngay với các biện pháp cấp cứu như sau:
 - *Diamorphin* 2,5 – 5mg tiêm tĩnh mạch.
 - *Furosemid* 40mg tiêm tĩnh mạch.
 - *Glycerin trinitrat*, viên ngậm.
 - Thở oxy nếu cần.
 - Cho bệnh nhân ngồi để dễ thở hơn và giảm phù phổi.
 - Chuyển bệnh nhân vào điều trị trong bệnh viện.
- Để kiểm soát các triệu chứng nhẹ, cho dùng *furosemid* 40mg mỗi buổi sáng. Cũng dùng cho các bệnh nhân không đáp ứng với *thiazid*.
- Để cải thiện tiên lượng bệnh, cho dùng một loại thuốc ức chế hệ *renin-angiotensin (ACE inhibitor)*, chẳng hạn như *captopril (Capoten)* khởi đầu với liều 12,5mg, mỗi ngày 1 lần, tăng dần lên đến 50mg, mỗi ngày 3 lần. Để bắt đầu sử dụng *captopril*, nên thực hiện như sau:
 - Xét nghiệm kiểm tra *creatinine* và các chất điện giải.
 - Nếu không có dấu hiệu nguy hiểm, ngừng dùng *furosemid* vào mỗi buổi sáng như liều điều trị ban đầu.
 - Cho bệnh nhân uống *captopril* 12,5mg vào buổi sáng, sau khi tiểu tiện, và tiếp tục nằm lại trên

giường khoảng 2 giờ sau đó để giảm bớt tác dụng hạ huyết áp của liều đầu tiên.

- Sau đó kiểm tra huyết áp để đảm bảo là không hạ xuống quá thấp (do tác dụng của thuốc). Nếu huyết áp tâm thu > 100 mmHg, có thể tiếp tục với liều 12,5mg mỗi ngày.
 - Khi xác định bệnh nhân có thể chấp nhận được thuốc, tăng liều gấp đôi sau mỗi tuần, đồng thời lặp lại xét nghiệm kiểm tra *creatinine* và các chất điện giải, theo dõi huyết áp sau mỗi lần tăng liều để đảm bảo là không có bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm nào.
 - Tránh dùng các loại thuốc lợi tiểu giữ *kali* như *triamteren*, *amilorid*... và các thuốc bổ sung *kali*.
 - Thường xuyên theo dõi trong suốt quá trình dùng thuốc. Cần nhắc việc ngừng thuốc khi xác định nguyên nhân gây bệnh đã được cải thiện.
- Hướng dẫn bệnh nhân các biện pháp không dùng thuốc có thể giúp giảm nhẹ nguy cơ, chẳng hạn như:
- Cố gắng giảm cân, nếu bệnh nhân đang trong tình trạng quá cân hoặc béo phì.
 - Ăn nhạt, giảm bớt lượng muối ăn tiêu thụ mỗi ngày.
 - Hạn chế tối đa các loại rượu, bia...

- Không hút thuốc lá.
- Tập thể dục đều đặn mỗi ngày và thường xuyên rèn luyện thể lực với mức độ thích hợp.
- Giảm nhẹ mọi lo âu, buồn phiền hay những cảm xúc bất lợi trong cuộc sống. Tạo môi trường tình cảm tích cực để sống vui, sống thanh thản.

BỆNH RAYNAUD – HIỆN TƯỢNG RAYNAUD

Bệnh *Raynaud* là một bệnh mạch máu. Khi người bệnh tiếp xúc với môi trường lạnh thì các mạch máu ở đầu ngón tay, ngón chân sẽ co thắt lại gây tím tái đầu ngón, nhất là các đầu ngón tay. Bệnh không rõ nguyên nhân, thường gặp nhiều hơn ở phụ nữ.

Hiện tượng *Raynaud* là các triệu chứng tương tự như bệnh *Raynaud*, nhưng nguyên nhân được xác định là do một số bệnh khác gây ra.

Nguyên nhân

- Bệnh *Raynaud* không rõ nguyên nhân.
- Hiện tượng *Raynaud* được xác định là do một trong các nguyên nhân sau đây gây ra:
 - Các bệnh mạch máu, chẳng hạn như bệnh *Buerger*, bệnh xơ cứng mạch, bệnh thuyên tắc mạch...
 - Các bệnh mô liên kết, chẳng hạn như bệnh xơ cứng bì, viêm khớp dạng thấp, bệnh *Lupus*...

- Do tác dụng phụ khi sử dụng một số các loại thuốc như *ergotamin*, *methylsergid*, các thuốc chẹn *beta*...
- Do phải thường xuyên dùng tay sử dụng các máy móc có độ rung lớn như máy cưa, máy khoan... hoặc phải liên tục làm việc với các ngón tay, chẳng hạn như thư ký đánh máy, nhạc công chơi đàn...

Chẩn đoán

- Chẩn đoán chủ yếu dựa vào các triệu chứng quan sát thấy, chẳng hạn như:
 - Khi tiếp xúc với nhiệt độ lạnh, các đầu ngón tay, ngón chân trắng bệch ra, do hiện tượng co mạch.
 - Sau đó, máu chảy chậm và các đầu ngón có màu tái xanh. Thường kèm theo rối loạn cảm giác như tê rần, đau buốt...
 - Khi được làm ấm, lưu thông máu sẽ được phục hồi, các đầu ngón có màu đỏ hồng trở lại.
- Đối với hiện tượng *Raynaud*, cần chẩn đoán xác định nguyên nhân.

Điều trị

- Đối với hiện tượng *Raynaud*, chẩn đoán xác định và điều trị nguyên nhân gây ra hiện tượng này.

- Trong cả hai trường hợp, để điều trị triệu chứng cần:
 - Khuyến bệnh nhân không hút thuốc lá, vì thuốc lá làm cho bệnh nặng hơn.
 - Nếu cần có thể cho dùng một loại thuốc giãn mạch như *diazoxid*, *hydralazin*...
 - Trường hợp bệnh quá nặng có thể cần phẫu thuật cắt thần kinh giao cảm có chức năng điều chỉnh đường kính của mạch máu.
- Ngoài ra, hướng dẫn bệnh nhân luôn giữ ấm bàn tay, bàn chân, chẳng hạn như tập thói quen đeo găng tay, đi tất khi phải tiếp xúc với môi trường lạnh.

THIẾU MÁU

Thiếu máu là tình trạng nồng độ sắc tố mang oxy trong máu (*hemoglobin*) giảm thấp dưới mức bình thường. Trong tình trạng bình thường, nồng độ *hemoglobin* trong máu luôn được giữ ở một mức ổn định nhờ có sự cân bằng giữa việc tạo mới hồng cầu ở tủy xương và phá hủy hồng cầu ở lách. Một số nguyên nhân khác nhau có thể làm cho sự cân bằng này mất đi, và khi đó có khả năng xảy ra thiếu máu. Vì thế, thiếu máu không phải là một bệnh, mà có thể xem là hậu quả của một số bệnh khác nhau, thậm chí là của tình trạng suy dinh dưỡng, khi thức ăn không cung cấp đủ lượng sắt để tạo hồng cầu.

Cũng cần biết qua về chu kỳ hình thành và phá hủy của các tế bào hồng cầu một cách tự nhiên trong cơ thể. Hồng cầu được tủy xương tạo ra từ một số các tế bào ít biệt hóa gọi là *tế bào gốc*. Trong một thời gian khoảng 5 ngày, các tế bào này thay đổi hình dạng và tích tụ *hemoglobin*. Sau đó, các tế bào này rời khỏi tủy xương để vào máu, gọi là tế bào lưới. Tế bào lưới cần khoảng 1 – 2 ngày để phát triển thành hồng cầu, và thực sự có thể đảm nhận được vai trò chuyên chở *oxy*, *dioxid carbon* và *oxid nitrit*. *Hemoglobin* chiếm khoảng 35% khối lượng trong hồng cầu và là thành phần chủ yếu giúp hồng cầu thực hiện chức năng chuyên chở. *Hemoglobin* trong hồng cầu có khả năng chuyên chở một lượng oxy lớn gấp 20 lần khối lượng tự thân của nó.

Hồng cầu thực hiện chức năng trong khoảng 120 ngày thì trở nên “*già yếu*”. Những hồng cầu già sẽ bị kẹt lại trong các mạch máu nhỏ, chủ yếu là ở lách, và bị phá hủy. Các “*vật liệu*” cấu tạo của hồng cầu, chẳng hạn như sắt, được cơ thể giữ lại và đưa vào sử dụng trong việc tạo ra các hồng cầu mới.

Nguyên nhân

Mỗi loại thiếu máu thường có những nguyên nhân khác nhau, do đó việc chẩn đoán thiếu máu cần chú ý toàn diện những yếu tố liên quan trước khi có thể đi đến kết luận:

- *Thiếu máu thiếu sắt*: Do thiếu sắt trong cơ thể, nên cũng thường gọi là *thiếu máu thiếu sắt*. Sắt là thành

phần chính của *hemoglobin*, nên thiếu sắt tất yếu sẽ làm giảm khả năng tạo thành *hemoglobin* ở tủy xương. Các nguyên nhân dẫn đến thiếu sắt thường là:

- Do thiếu sắt trong thức ăn, có thể là do ăn uống thiếu thốn, nhưng cũng có thể do các bệnh ở đường tiêu hóa làm cho lượng thức ăn tiêu thụ bị giảm mạnh, hoặc do chế độ dinh dưỡng sai lệch, đặc biệt là các chế độ ăn kiêng mất cân đối về dinh dưỡng.
- Do mất máu nhiều trong một thời gian ngắn, làm mất theo lượng sắt trong máu và cơ thể không sao khôi phục kịp, chẳng hạn như các trường hợp xuất huyết trong ống tiêu hóa, xuất huyết đường tiết niệu, kinh nguyệt nhiều bất thường, nhiễm giun móc...
- Do điều trị dài ngày với các thuốc kháng viêm không *steroid* hoặc *aspirin*...
- *Thiếu máu hồng cầu to*: Do thiếu *vitamin B₁₂* hoặc *vitamin B₉ (acid folic)*, ảnh hưởng đến việc tạo hồng cầu trong tủy xương, làm cho hồng cầu có kích thước to hơn bình thường, do đó được gọi là *thiếu máu hồng cầu to*.
- *Thiếu máu ác tính*: Trong bệnh *thiếu máu ác tính* thì thiếu *vitamin B₁₂* là do cơ thể giảm sản xuất yếu tố nội tại cần thiết cho việc hấp thụ loại *vitamin* này.

- *Thiếu máu bất sản*: Do tủy xương suy giảm khả năng tạo tế bào gốc, từ đó giảm hẳn khả năng tạo hồng cầu. Loại thiếu máu này rất hiếm gặp, được gọi là *thiếu máu bất sản*. Các nguyên nhân gây *thiếu máu bất sản* thường là do ảnh hưởng của tia phóng xạ hoặc các loại hóa chất, nhưng trong một số trường hợp đây cũng có thể là một bệnh tự phát.
- *Thiếu máu tán huyết*: Do các tế bào hồng cầu bị phá hủy sớm hơn thời gian bình thường, khiến cho khả năng tạo mới hồng cầu ở tủy xương không thể cân đối kịp. Mặc dầu tủy xương có khả năng tăng tốc độ tạo hồng cầu lên nhanh hơn gấp 6 lần so với bình thường, nhưng khi các tế bào hồng cầu bị phá hủy còn nhanh hơn nữa thì vẫn xảy ra thiếu máu. Sự phá hủy sớm các tế bào hồng cầu được gọi là sự tán huyết, vì thế nên loại thiếu máu này cũng được gọi là *thiếu máu tán huyết*.
- *Thiếu máu do các bệnh di truyền*: Trong một số trường hợp, thiếu máu còn là do những khiếm khuyết về di truyền, tạo ra sự rối loạn trong khả năng tạo hồng cầu, hoặc bất thường trong việc phá hủy hồng cầu, hoặc hồng cầu có cấu trúc không bình thường. Dựa vào sự khác biệt, người ta phân biệt một số trường hợp thiếu máu loại này như sau:
 - *Thiếu máu hồng cầu liềm*: yếu tố di truyền gây ra việc sản xuất các hồng cầu mang *hemoglobin* bất thường, gọi là *hemoglobin S*. Hồng cầu trong

bệnh này bị biến dạng thành hình liềm và rất mong manh, dễ bị phá hủy, do đó gây ra thiếu máu tán huyết, vì tốc độ phá hủy hồng cầu quá cao.

- *Thiếu máu hồng cầu hình cầu*: yếu tố di truyền gây ra việc sản xuất nhiều tế bào hồng cầu bất thường, có kích thước hình cầu nhỏ hơn so với bình thường. Các tế bào này có màng tế bào bất thường, dễ bị giữ lại ở lách và rồi bị phá hủy. Khi tốc độ phá hủy tăng nhanh hơn tốc độ tạo hồng cầu ở tủy xương thì bệnh nhân sẽ bị thiếu máu.
- *Thiếu máu Địa Trung Hải*: Bệnh được gọi tên theo vùng xuất hiện phổ biến nhất. Thật ra, bệnh này có thể gặp ở khắp các vùng Địa Trung Hải, Trung Đông và Đông Nam Á. Đây là bệnh máu do yếu tố di truyền, làm rối loạn quá trình sản xuất *hemoglobin*, tạo ra các *hemoglobin* bất thường, làm cho có nhiều hồng cầu bị phá hủy rất nhanh, gây thiếu máu tán huyết.

Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định thiếu máu là dựa vào công thức máu toàn bộ. Khi nồng độ *hemoglobin* thấp hơn mức bình thường có nghĩa là thiếu máu. Cụ thể, ở nam giới là dưới 13,5g/dl và nữ giới là dưới 11,5g/dl. Lượng *hemoglobin* ở người bình thường dao động trong khoảng từ 13,5g/dl đến 18g/dl ở nam giới và 11,5g/dl đến 16g/dl ở nữ giới.

- Chú ý tìm hiểu các nguyên nhân gây thiếu máu, chẳng hạn như:
 - Kinh nguyệt thất thường, với lượng máu mất đi quá nhiều. Chảy máu ở hậu môn cũng là một nguyên nhân thường gặp.
 - Chế độ ăn uống thiếu dinh dưỡng, đặc biệt là thiếu sắt. Những người cao tuổi, người ăn chay, trẻ em đang độ tuổi phát triển, phụ nữ đang mang thai hoặc cho con bú, người lao động thể lực hoặc vận động cơ thể nhiều... đều là những đối tượng đặc biệt cần chú ý vì có nhiều nguy cơ không đủ dinh dưỡng trong bữa ăn thường ngày.
 - Bệnh nhân có tiền sử *thiếu máu thiếu sắt* có nhiều nguy cơ lặp lại.
- Các triệu chứng thực thể thường gặp là: mệt mỏi, khó thở, chóng mặt, đau thắt ngực, đánh trống ngực...
- Chú ý một số kết quả xét nghiệm có thể gợi ý đến những nguyên nhân gây thiếu máu:
 - *Thiếu máu thiếu sắt* thường đặc trưng với thể tích hồng cầu trung bình thấp (<76 fl) và nồng độ *hemoglobin* trung bình của hồng cầu thấp (<30g/dl). Tuy nhiên, chẩn đoán xác định cần kiểm tra thêm sắt huyết thanh. Thiếu máu thiếu sắt khi sắt huyết thanh giảm (<15mmol/L ở nam giới và <14mmol/L ở nữ giới).
 - Khả năng gắn sắt toàn bộ cao (>70mmol/L ở nam giới và >74mmol/L ở nữ giới) cũng giúp chẩn đoán

- thiếu máu thiếu sắt*. Ngược lại, khả năng gắn sắt toàn bộ thấp (<45mmol/L ở nam giới và <40mmol/L ở nữ giới) gợi ý về một trường hợp thiếu máu mạn tính.
- Nếu phát hiện có hồng cầu to (thể tích hồng cầu trung bình >96fl), cần chú ý đến các khả năng:
 - Giảm năng tuyến giáp: cần kiểm tra *hormon* kích thích tuyến giáp (*thyroid stimulating hormone*).
 - Nghiện rượu: kiểm tra *gamma* sắt (*glutamyl transferase*).
 - Thiếu *vitamin* B₁₂ hoặc *vitamin* B₉ (*acid folic*): kiểm tra nồng độ trong máu.
 - Phụ nữ đang mang thai.
 - Và một số khả năng hiếm gặp hơn như: thiếu máu ác tính (đo tốc độ lắng hồng cầu - ESR), thiếu máu do xạ trị liệu, hoặc thiếu máu do bệnh gan (xét nghiệm chức năng gan).
 - Các triệu chứng kèm theo như nhiều vết bầm tím trên da, bệnh nhân dễ chảy máu mũi, chảy máu răng, dễ nhiễm trùng... cho thấy có khả năng là thiếu máu bất sản, do bạch cầu và tiểu cầu đều giảm.
 - Thiếu máu ác tính có thể có dấu hiệu mất cảm giác ở chân. Ngoài ra, kết mạc có thể hơi nhợt màu và da mặt vàng. Trong bệnh này, thiếu *vitamin* B₁₂ là do kém hấp thụ, vì thiếu đi yếu tố nội tại cần thiết

cho việc hấp thụ loại *vitamin* này. Cần xét nghiệm máu để đánh giá về yếu tố nội tại này.

- Một số bệnh mạn tính có thể là nguyên nhân gây thiếu máu, chẳng hạn như suy thận, viêm ruột, viêm khớp dạng thấp... Trong một số trường hợp, ung thư cũng có thể gây thiếu máu.
- Thiếu máu khi mang thai có thể đe dọa tính mạng cả trước và sau khi sinh. Vì thế, mỗi lần khám thai cần làm xét nghiệm theo dõi nồng độ *hemoglobin*, đặc biệt là vào tuần thứ 28 và thứ 34 của thai kỳ. Nồng độ *hemoglobin* giảm đi một cách tự nhiên trong giai đoạn mang thai, do máu loãng. Mức độ giảm thấp được xem là bình thường do máu loãng khi *hemoglobin* ở khoảng 10 – 11g/dl với thể tích hồng cầu trung bình và *hemoglobin* hồng cầu trung bình đều bình thường. Phụ nữ mang thai được xác định thiếu máu và cần điều trị khi *hemoglobin* <10g/dl.
- Trong các trường hợp không thể xác định nguyên nhân gây thiếu máu, cần thực hiện ngay các xét nghiệm chẩn đoán dạ dày-ruột. Thiếu máu thường là biểu hiện của một số bệnh nguy hiểm sắp bộc phát.

Điều trị

Việc điều trị thiếu máu chủ yếu tùy thuộc vào chẩn đoán nguyên nhân gây thiếu máu. Những gợi ý sau đây có thể áp dụng trong một số trường hợp:

- Thiếu máu thiếu sắt dạng nhẹ (*hemoglobin*>7g/dl) có thể điều trị với viên *sulfat* sắt (*Feospan, Toniron...*) 200mg mỗi ngày. Làm công thức máu toàn bộ sau một tháng để kiểm tra kết quả. Đồng thời phải chú ý giải quyết các nguyên nhân, chẳng hạn như điều chỉnh chế độ ăn uống, uống thuốc tẩy giun, điều trị rong kinh...
- Nếu bệnh nhân không dùng được viên *sulfat* sắt do có tác dụng phụ, có thể dùng viên sắt *fumarat* (*Fersaday, Fersamal...*)
- Nếu bệnh nhân gặp khó khăn trong việc sử dụng dạng viên uống, hoặc các thuốc này không đủ hiệu quả điều trị, có thể sử dụng dạng thuốc tiêm.
- Nếu thiếu máu trầm trọng (*hemoglobin*>5g/dl) kèm theo nhiều triệu chứng, nên cân nhắc việc chuyển đến bệnh viện để truyền máu. Mỗi lần có thể truyền từ 200 – 300ml máu và cách khoảng 4, 5 ngày truyền một lần cho đến khi tình trạng thiếu máu được cải thiện.
- Một số bệnh nhân có các bệnh mạn tính kèm theo thiếu máu nhẹ (*hemoglobin* khoảng 10g/dl), thường không cần điều trị triệu chứng thiếu máu mà chỉ cần điều trị bệnh. Các bệnh nhân này thường không có các triệu chứng thiếu máu, và trong thực tế cũng không đáp ứng với việc điều trị thiếu máu.
- Thiếu máu hồng cầu to cần xác định nguyên nhân và điều trị nguyên nhân.

- Khi xác định thiếu *vitamin B₁₂* trong thiếu máu ác tính, điều trị bằng *hydroxocobalamin* 1mg tiêm bắp thịt 3 ngày một lần, liên tục trong 2 tuần. Sau đó giảm còn 3 tháng một lần, kéo dài. Làm công thức máu toàn bộ sau một tháng điều trị để đảm bảo không còn các hồng cầu to, cũng như loại trừ khả năng bị chứng thiếu máu thiếu sắt, vì thiếu máu thiếu sắt làm cho việc điều trị bằng *vitamin B₁₂* trở nên phức tạp hơn.
- Khả năng thiếu *acid folic* thường là do hấp thụ kém trong các bệnh đường ruột, nhưng trong một số rất ít trường hợp cũng có thể do chế độ dinh dưỡng thiếu. Khi xác định thiếu hụt *acid folic*, có thể điều trị bằng dạng thuốc viên (*Cytopol, Folamin, Folsan...*) với liều dùng mỗi ngày 5mg. Tuy nhiên, cần chắc chắn là đã điều trị tốt tình trạng thiếu *vitamin B₁₂*, vì bệnh thần kinh ngoại vi do thiếu *vitamin B₁₂* sẽ trở nên nghiêm trọng hơn khi sử dụng *acid folic*.
- Thiếu máu khi mang thai thường là thiếu máu thiếu sắt và được điều trị bằng viên sắt *fumarat (Fersaday, Fersamal...)* mỗi ngày một viên. Có thể dùng dạng thuốc kết hợp chứa 100mg sắt nguyên tố và 350 µg *acid folic*. Sau 2 tuần điều trị, kiểm tra nồng độ *hemoglobin*. Nếu đáp ứng tốt, nồng độ phải gia tăng khoảng 0,5g/dl sau mỗi tuần điều trị. Nếu hiệu quả điều trị thấp, hoặc nếu thiếu máu nghiêm trọng hơn, cho gấp đôi liều dùng. Sau 2 tuần, kiểm tra nồng độ *hemoglobin*, nếu vẫn thấp hơn 9g/dl,

- nên chuyển đến bác sĩ chuyên khoa hoặc đề nghị bệnh nhân vào điều trị trong bệnh viện.
- Phụ nữ mang thai nên được điều trị dự phòng thiếu sắt nếu có các nguy cơ sau đây:
 - Chế độ ăn uống kham khổ, hoặc ăn kiêng dài ngày, ăn chay...
 - Thời gian có thai quá gần với lần mang thai trước.
 - Có tiền sử thiếu máu thiếu sắt.
- Tất cả phụ nữ mang thai nên được điều trị dự phòng thiếu *acid folic* với liều 4mg mỗi ngày trong suốt 12 tuần lễ đầu tiên của thai kỳ. Liều cao hơn, 5mg mỗi ngày, nên dùng cho các đối tượng sau đây:
 - Có tiền sử thiếu *acid folic*.
 - Có tiền sử sinh con bị nứt đốt sống, hoặc tiền sử người thân trong gia đình bị nứt đốt sống.
 - Có dấu hiệu hấp thụ kém.
 - Có bệnh *hemoglobin*.
 - Đang điều trị bằng thuốc chống co giật như *phenytoin*.
 - Mang thai sinh đôi, sinh ba... hoặc đã mang thai nhiều lần.



Bệnh đường hô hấp

HEN PHẾ QUẢN (SUYỄN)

Hen (hay *suyễn*) có đặc trưng là những cơn khó thở, khò khè, diễn tiến ngày càng nặng hơn và thường nặng về đêm. Bệnh được gọi đủ là *hen phế quản* để phân biệt với *hen tim* cũng có cùng triệu chứng, nhưng có nguyên nhân từ tim, do giảm lượng máu bơm đi từ tim trái.

Hen thường bắt đầu từ thuở nhỏ, sớm hơn 5 tuổi, nhưng cũng có thể phát triển ở bất cứ tuổi nào. Khoảng 50% trẻ em mắc bệnh này sẽ hoàn toàn khỏi bệnh khi bước vào tuổi trưởng thành (khoảng 21 tuổi). Số còn lại tiếp tục với diễn tiến nặng hơn của bệnh và phải thường xuyên được điều trị bằng thuốc. Điều kiện thuốc men hiện nay cho phép duy trì đời sống cho tất cả các bệnh nhân bị hen phế quản, nhưng có một số ít trường hợp rất nặng phải thường xuyên được điều trị tại bệnh viện.

Nguyên nhân

Hen phế quản thường xuất hiện ở những người có cơ địa đặc biệt, mẫn cảm với một số tác nhân gây dị ứng hoặc có hệ thần kinh dễ bị mất thăng bằng. Yếu tố di truyền hiện nay vẫn được xem là nguyên nhân chính ở hầu hết các trường hợp hen phế quản. Tùy theo tác nhân

gây ra cơn hen, người ta chia các bệnh nhân hen phế quản thành 2 nhóm:

- *Hen phế quản ngoại sinh*: Bệnh nhân dị ứng với một hoặc nhiều tác nhân có trong môi trường, và những tác nhân này gây ra cơn hen mỗi khi tiếp xúc. Các tác nhân gây dị ứng thường gặp là phấn hoa, bụi, lông thú vật... Một số nguyên nhân khác có thể là nhiễm *virus* đường hô hấp, tiếp xúc quá lâu với không khí lạnh, nghiện thuốc lá, các chất ô nhiễm trong không khí... Bệnh nhân cũng có thể dị ứng với một số loại thức ăn hoặc thuốc điều trị bệnh.
- *Hen phế quản nội sinh*: Cơn hen của bệnh nhân hoàn toàn không liên quan gì đến các yếu tố bên ngoài. Nhóm này thường phát triển muộn hơn, với cơn hen đầu tiên thường là theo sau một đợt nhiễm trùng đường hô hấp. Không rõ nguyên nhân gây cơn hen, nhưng sự căng thẳng hay lo âu có thể thúc đẩy cơn hen xảy ra.

Chẩn đoán

- Khi có cơn khó thở lặp lại trên hai lần kèm theo dấu hiệu thở khò khè hoặc ho khan và bệnh nhân đáp ứng tốt với các tác nhân làm giãn phế quản, có thể nghĩ đến hen phế quản. Cơn hen thường thay đổi khác nhau về cường độ, có thể từ khó thở cho

- đến suy hô hấp. Bệnh nhân có cảm giác căng trong lồng ngực.
- Trong cơn hen nặng, bệnh nhân không ngủ được, thở rất khó, vã mồ hôi, tim đập nhanh, có cảm giác bồn chồn, lo âu... Bệnh nhân không nói được, ngồi dậy thấy dễ chịu hơn nằm, thở nhanh và triệu chứng khò khè ngày càng nặng hơn.
 - Khi cơn hen kéo dài hoặc rất nặng, lượng oxy trong máu xuống thấp có thể gây tím tái mặt, nhất là ở môi. Da bệnh nhân nhợt nhạt, xanh xao và lạnh. Cơn nặng như thế này có thể gây tử vong nếu không được can thiệp kịp thời.
 - Cần tìm hiểu về các yếu tố như:
 - Thời điểm xảy ra cơn hen và thời gian kéo dài của mỗi cơn.
 - Các loại thuốc hay biện pháp điều trị mà bệnh nhân đang sử dụng.
 - Tác động của cơn hen đối với sinh hoạt hàng ngày: ảnh hưởng đến giấc ngủ, thời gian nghỉ việc hay phải bỏ học, mức độ chịu đựng...
 - Nghiện thuốc lá hoặc sống trong môi trường phải hít khói thuốc lá do người khác thải ra (hút thuốc thụ động).
 - Tiền sử những người thân trong gia đình về hen phế quản hoặc các bệnh dị ứng.

- Bản thân bệnh nhân có bị dị ứng hay không.
- Nghề nghiệp của bệnh nhân có liên quan đến các cơn hen hay không.
- Bệnh kéo dài thường gây ra những tổn thương thực thể, chẳng hạn như giãn phế nang...
- Các cơn hen thường xảy ra về đêm, có thể có một số dấu hiệu báo trước, chẳng hạn như hắt hơi, sổ mũi, hoặc ho khan một lúc... Một số người có thể thấy hơi tức ngực. Cơn hen làm người bệnh thở ra khó hơn hít vào nên tạo thành những tiếng khò khè. Nghe phổi thấy tiếng rì rào phế nang kém, hai phổi nhiều ran rít, ran ngáy...
- Chụp X quang lồng ngực có thể giúp chẩn đoán xác định với các dấu hiệu:
 - Hai phế trường sáng khác thường, hai bên rốn phổi thường có những vết đen hơn vì trong cơn hen máu ứ lại ở các động mạch.
 - Lồng ngực, cơ hoành không di động lúc thở.
 - Các khoảng liên sườn rộng và không cơ giãn.
 - Xương sườn nằm ngang.

Điều trị

Chủ yếu là điều trị triệu chứng, kiểm soát các cơn hen và làm chậm tiến triển của bệnh. Trong các trường hợp xác định được tác nhân gây hen, việc kiểm soát các tác nhân này cũng có ý nghĩa quan trọng không kém.

- Điều trị khởi đầu với một loại thuốc làm giãn phế quản có tác dụng nhanh và không kéo dài, chẳng hạn như *salbutamol* (*Ventolin, Sultanol, Albuterol...*) 200µg để làm giãn phế quản khi các triệu chứng xuất hiện một cách nhẹ và không thường xuyên. Mỗi lần khí dung 100µg, bơm vào miệng, nếu dùng 2 lần thì cách nhau 1 phút, chỉ sử dụng khi nào cần thiết. Chú ý không dùng quá 6 lần trong một ngày. Cần điều trị ngay từ giai đoạn này để làm chậm sự tiến triển của bệnh, có thể duy trì được lượng thuốc làm giãn tĩnh mạch ở mức tối thiểu.
- Nếu bệnh đã phát triển đến giai đoạn gây cơn hen thường xuyên hơn, bệnh nhân luôn phải dùng thuốc giãn phế quản mỗi ngày nhiều hơn một lần, có thể cho dùng một loại có tác dụng kháng viêm như *beclometazon* (*Becotid, Aldéxin, Béconase...*) từ 100µg đến 400µg mỗi ngày. Mỗi lần khí dung 100µg (chia thành 2 hơi, cách nhau 1 phút, mỗi hơi 50µg bơm vào một bên mũi), mỗi ngày 2 lần. Chú ý không được sử dụng quá 10 lần trong một ngày. Thuốc có tác dụng chậm, thường sau vài ngày điều trị. Có thể dùng phối hợp với một loại thuốc làm giãn phế quản có tác dụng nhanh như *salbutamol*.
- Trường hợp các triệu chứng trở nên rất nặng hoặc bệnh nhân không đáp ứng tốt với các liều bình thường và cần tăng liều, có thể dùng *natri (sodium) cromoglycat* 5mg – 10mg (1 – 2 hơi), mỗi ngày 4 lần, hoặc *nedocromil* 4mg (2 hơi), mỗi ngày 2 – 4

lần. Nếu bệnh nhân vẫn chưa đáp ứng tốt, có thể cho dùng đều đặn thuốc kháng viêm *steroid* với liều cao, chẳng hạn như *beclometazon* 200µg – 800µg (mỗi lần 2 – 4 hơi, mỗi hơi 50µg bơm vào một bên mũi, cách nhau 1 phút) mỗi ngày 3 – 4 lần, phối hợp với một loại thuốc làm giãn phế quản có tác dụng nhanh như *salbutamol* vào những cơn cần thiết. Chú ý luôn phải có một khoảng cách giữa 2 hơi thuốc.

- Khi các triệu chứng trở nên rất nghiêm trọng hoặc bệnh nhân không đáp ứng với liều điều trị hiện tại, ngoài việc tăng liều và phối hợp các thuốc như trên, có thể lần lượt thử qua một số các biện pháp sau đây:
 - Cho bệnh nhân hít chất chủ vận *beta* (chất kích thích thụ thể *beta* có tính chọn lọc cao) có tác dụng kéo dài, chẳng hạn như *salmeterol* 50µg – 100µg (2 – 4 hơi khí dung), mỗi ngày 2 lần.
 - Dùng viên uống *theophylin* với đặc tính giải phóng chậm, chẳng hạn như *Slo-Phylin*, 250mg – 500mg, mỗi ngày 2 lần.
 - Thuốc hít *ipratropium* 20µg – 40µg (1 – 2 hơi khí dung), 3 – 4 lần mỗi ngày, hoặc *oxitropium* 200µg (2 hơi khí dung), mỗi ngày 2 – 3 lần.
 - Dùng viên uống chủ vận *beta* (chất kích thích thụ thể *beta* có tính chọn lọc cao) có tác dụng kéo dài, chẳng hạn như *Volmax* viên nén 8mg, ngày 2 lần.

- Thuốc giãn phế quản dạng khí dung liều cao, chẳng hạn như *salbutamol* (*Ventolin*). Tuy nhiên, khi áp dụng biện pháp này cần theo dõi chặt chẽ bệnh nhân. Tuyệt đối không dùng thuốc khi có dấu hiệu bệnh hay nhiễm trùng ở phế quản. Chú ý không dùng quá 6 lần trong một ngày.
- Khi các biện pháp trên tỏ ra không kiểm soát được sự phát triển của các triệu chứng, có thể cân nhắc việc điều trị bằng viên uống *steroid* trong một thời gian ngắn, chẳng hạn như *prednisolon* 40mg và mỗi buổi sáng, liên tục trong 5 ngày, giảm liều còn 20mg trong 5 ngày nữa rồi ngừng thuốc.
- Ngoài việc điều trị triệu chứng bằng thuốc như đã nói trên, cần chú ý tìm ra những nguyên nhân tác động đến căn bệnh như nghề nghiệp, môi trường sống, thói quen ăn uống, thuốc lá, rượu... Cần giải thích rõ với bệnh nhân về tác hại của từng yếu tố và khuyến bệnh nhân tự giác loại trừ.
- Các tác nhân gây kích thích cần được tìm ra để loại trừ, chẳng hạn như phấn hoa, bụi, lông thú... Khi người bệnh dị ứng với một loại tác nhân nào đó, việc điều trị sẽ không mang lại kết quả nếu bệnh nhân vẫn phải thường xuyên tiếp xúc với tác nhân gây dị ứng.
- Bệnh nhân nên tránh dùng *aspirin* và các thuốc kháng viêm không *steroid*.

NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG HÔ HẤP TRÊN

Nhiễm trùng đường hô hấp là những trường hợp viêm nhiễm từ mũi cho đến các phế nang nói chung, do *virus* hoặc vi khuẩn gây ra.

Nhiễm trùng đường hô hấp trên là những trường hợp bệnh hết sức phổ biến, đặc biệt thường gặp hơn ở trẻ em, bao gồm các viêm nhiễm tác động vào mũi, họng, xoang và thanh quản.

Nguyên nhân

- Cảm lạnh.
- Viêm họng.
- Viêm xoang.
- Viêm *amidân*.
- Bệnh bạch hầu.
- Viêm thanh quản.

Chẩn đoán

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào các triệu chứng để phân biệt nguyên nhân, đặc biệt là các triệu chứng sau đây:

- Đau họng.
- Ho.
- Đau tai.

- Sổ mũi.
- Nghẹt mũi.
- Chóng mặt.
- Mệt mỏi, uể oải.
- Khó nuốt (khi ăn hoặc uống).

Đặc biệt chú ý tìm các dấu hiệu:

- Áp-xe quanh *amidân*.
- Viêm *amidân*.
- Viêm tai giữa.
- Nhiễm trùng ở lồng ngực.

Điều trị

Hầu hết các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp trên thường không nghiêm trọng. Nếu không có các biến chứng phức tạp, có thể xử trí như sau:

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu là tình trạng bệnh tự có giới hạn nhất định và không phát triển nghiêm trọng.
- Không nên lạm dụng thuốc kháng sinh khi chưa cần thiết và giải thích cho bệnh nhân hiểu lý do. Cũng nên giải thích cho bệnh nhân hiểu về những ưu điểm của sự đáp ứng miễn dịch tự nhiên của cơ thể.

- Hướng dẫn cho bệnh nhân cách sử dụng đúng liều lượng các thuốc giảm triệu chứng như *paracetamol* hoặc *aspirin* để có thể tự điều trị.
- Khuyến bệnh nhân nghỉ ngơi nhiều và uống nhiều nước.
- Theo dõi các triệu chứng để đảm bảo là không có những biến chứng nguy hiểm. Bệnh thường sẽ thuyên giảm sau 1 đến 2 tuần, và số ngày phải nghỉ việc của bệnh nhân thường không quá 1 tuần. Nếu có dấu hiệu nghiêm trọng hơn, cần đánh giá lại các triệu chứng bệnh.

Ho

Ho có thể đơn thuần là một phản xạ của cơ thể để tống xuất những vật cản trong đường thở, có thể là đàm, dị vật... nhưng cũng có thể là triệu chứng của một số bệnh khác nhau. Vì thế, có những trường hợp ho chỉ xuất hiện trong một thời gian ngắn, nhưng cũng có những trường hợp ho kéo dài dai dẳng với sự tiến triển ngày càng nghiêm trọng hơn...

Ho cấp tính là chỉ chung những trường hợp ho phát triển nhanh, với triệu chứng rõ nét và thường không kéo dài quá 4 tuần. Những trường hợp ho kéo dài hơn 4 tuần được gọi là *ho mạn tính* và cần phải được chẩn đoán nguyên nhân chính xác để điều trị.

Có nhiều nguyên nhân gây ra ho, nhưng phổ biến nhất là các trường hợp nhiễm trùng đường hô hấp. Ho có thể

có dịch nhầy, đàm, hoặc cũng có thể không có. Dựa vào sự khác nhau này và một số triệu chứng kèm theo có thể gợi ý cho việc chẩn đoán nguyên nhân gây ho.

Nguyên nhân

- Do bị kích thích bởi bụi, khói hoặc bất cứ dị vật nào lọt vào đường thở.
- Do tác dụng của một vài loại thuốc, chẳng hạn như thuốc ức chế chuyển hóa men (ACE).
- Đau họng.
- Cảm lạnh.
- Viêm phổi, viêm màng phổi trong bệnh viêm phổi.
- Nghẽn mạch phổi.
- Tràn khí màng phổi.
- Bệnh lao.
- Viêm phế quản.
- Giãn phế quản.
- Suy tim sung huyết.
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
- Hen phế quản (suyễn).
- Nhiễm trùng vùng ngực.
- Ung thư biểu mô ở phế quản.

Chẩn đoán

- Một số biện pháp sau đây có thể hỗ trợ cho việc chẩn đoán:
 - Khi ho có đờm, xét nghiệm đờm hoặc nuôi cấy vi khuẩn để xác định nguyên nhân.
 - Chụp X quang lồng ngực.
 - Điện tâm đồ trong các trường hợp nghi ngờ nghẽn mạch phổi hay suy tim sung huyết.
- Dựa vào các triệu chứng khác nhau để chẩn đoán phân biệt nguyên nhân:
 - Ho khan, không có đờm, có thể do hen phế quản, hoặc do dùng các thuốc ức chế chuyển hóa men (ACE).
 - Ho kèm theo đau ngực có thể gặp khi viêm màng phổi trong bệnh viêm phổi, hoặc tràn khí màng phổi, nghẽn mạch phổi. Có thể kèm theo sốt hoặc các dấu hiệu nhiễm trùng.
 - Ho ra máu có thể là do bệnh lao, viêm phổi hoặc nghẽn mạch phổi.
 - Ho có đờm và trong đờm có mủ, có thể gặp trong các bệnh viêm phổi, viêm phế quản hay giãn phế quản.
 - Ho kèm theo dấu hiệu thở ngắn, hụt hơi, có thể là dấu hiệu của các bệnh như suy tim sung huyết và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

- Ho kèm theo tiếng thở khò khè là dấu hiệu của hen phế quản hoặc nhiễm trùng ở ngực.
- Ho kèm theo sput cân, đôi khi có sốt hoặc các dấu hiệu nhiễm trùng, có thể nghi ngờ *ung thư biểu mô* ở phế quản.

Điều trị

- Điều trị tùy thuộc vào kết quả chẩn đoán nguyên nhân:
- Các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp trên thường không cần phải điều trị, trừ trường hợp viêm xoang cần điều trị bằng kháng sinh. Có thể cho dùng các thuốc làm giảm nhẹ triệu chứng như *paracetamol* hoặc *aspirin* và khuyên bệnh nhân nghỉ ngơi, uống nhiều nước. Giải thích về tính chất không nghiêm trọng của bệnh để trấn an bệnh nhân.
- Các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp dưới (khí quản, phế quản, phổi...) cần được điều trị bằng kháng sinh. Có thể khởi đầu với các thuốc như *amoxicillin* hay *erythromycin*, và các thuốc *co-amoxiclav* hay *ciprofloxacin* là điều trị hàng thứ hai cho nhiễm trùng mắc phải tại cộng đồng.
- Trong những trường hợp ho do bệnh ở vùng ngực giai đoạn cuối có thể dùng các thuốc dạng xi rô có chứa *pholcodin* (như *Pholcones*, *Pholcones Guaiphenésin...*) hoặc *morphin*.

- Nên cân nhắc việc chuyển bệnh nhân đến bác sĩ chuyên môn hoặc đề nghị điều trị tại bệnh viện nếu chẩn đoán nghi ngờ các trường hợp sau:
 - Nhiễm trùng đường hô hấp dưới.
 - Nghẽn mạch phổi.
 - Tràn khí màng phổi.
 - Ung thư biểu mô ở phế quản.
 - Bệnh lao.
 - Suy tim sung huyết.
 - Hen phế quản.

VIÊM PHỔI

Viêm phổi là những trường hợp *virus* hoặc vi khuẩn gây viêm nhiễm ở phổi, có thể ở một thùy của phổi (viêm phổi thùy) hoặc khởi phát từ phế quản rồi lan sang mô phổi (viêm phế quản – phổi). Viêm phổi thường gặp ở những đối tượng mà cơ thể có sức đề kháng yếu, chẳng hạn như trẻ em, người già, và những người thường dùng những chất có hại cho cơ thể như thuốc lá, rượu bia... Bệnh cũng có tỷ lệ cao hơn ở nam giới so với nữ giới.

Nguyên nhân

- Hầu hết các trường hợp viêm phổi là do *virus* hoặc vi khuẩn.
- Một số rất ít có thể do các loại nấm, mốc, động vật đơn bào.

Cẩm nang y khoa thực hành

- Một số ít trường hợp viêm phổi không do nhiễm trùng, thường là do:
 - Dị ứng với một số tác nhân như bụi, lông súc vật...
 - Phản ứng với chất phóng xạ.
 - Tác dụng phụ của một số loại thuốc như *amiodaron*, *azathioprin*...

Chẩn đoán

- Chẩn đoán dựa vào các triệu chứng thực thể như:
 - Ho có đờm, thường có màu nửa vàng nửa xanh.
 - Sốt (nhưng ở người già và trẻ em đôi khi không có sốt), kèm theo cảm giác ớn lạnh
 - Khó thở.
 - Đau ngực kiểu viêm màng phổi, thường xuất hiện khi có tràn dịch màng phổi.
 - Ho ra máu.
 - Nôn hoặc tiêu chảy ở trẻ em.
 - Chóng mặt, dễ té ngã hoặc có dấu hiệu lơ mơ, lú lẫn ở người già.
 - Tiểu ít, nước tiểu sẫm màu.
- Một số biện pháp kiểm tra sau đây có thể hỗ trợ cho kết quả chẩn đoán:

Bệnh đường hô hấp

- Chụp X quang lồng ngực nếu các triệu chứng không cho phép chẩn đoán chắc chắn. Có thể thấy đám mờ hình tam giác chiếm một thùy hay một phân thùy.
- Xét nghiệm đờm và nuôi cấy vi khuẩn để xác định nguyên nhân.
- Dùng que thử nước tiểu tìm *ceton* (*ketone*) nếu nghi ngờ có mất nước.
- Nghe phổi thấy có tiếng ran nổ thô, tiếng thổi ống, rì rào phế nang giảm ở thùy phổi bị viêm.

Điều trị

- Những trường hợp có triệu chứng ở mức nghiêm trọng, các đối tượng có sức đề kháng yếu như trẻ em, người già, người bị tổn thương hệ miễn dịch, tiểu đường... nên được chuyển đến điều trị tại bệnh viện để theo dõi và xử trí kịp thời các biến chứng.
- Với các bệnh nhân có sức khỏe bình thường và không có các biến chứng phức tạp có thể điều trị bắt đầu với viên *amoxycillin* 500mg, mỗi ngày uống 3 lần, hoặc *erythromycin* 500mg mỗi ngày 4 lần.
- Có thể cho dùng một loại thuốc kháng viêm không *steroid* để làm giảm các triệu chứng.
- Nếu sốt không thuyên giảm trong vòng 48 giờ hoặc có các dấu hiệu bệnh phát triển toàn thân, cần chuyển ngay bệnh nhân vào điều trị tại bệnh viện.

HO RA MÁU

Ho ra máu có thể là những trường hợp đơn giản với một vài tia máu nhỏ lẫn trong đờm cho đến rất nặng với nhiều máu hoặc các trường hợp xuất huyết nguy hiểm đến tính mạng.

Cần phân biệt với các trường hợp nôn ra máu, cho dù cũng có khi máu từ đường hô hấp trên bị nuốt vào cũng có thể nôn trở ra sau đó. Các trường hợp chảy máu ở miệng, mũi hoặc nướu cũng rất dễ nhầm là ho ra máu.

Do khả năng có thể là rất nghiêm trọng nên tất cả các trường hợp ho ra máu đều cần phải được xem xét và theo dõi thật thận trọng.

Nguyên nhân

- Nguyên nhân trực tiếp là do bị vỡ các mạch máu ở khí quản, phổi, mũi hoặc họng. Vì thế, hầu như bất cứ bệnh nào gây ho kéo dài đều có thể là nguyên nhân gây ho ra máu, vì làm cho các mạch máu bị giãn ra quá mức.
- Ho ra máu thường gặp nhất trong một số trường hợp sau đây:
 - Các bệnh nhiễm trùng như viêm xoang, viêm amidan, viêm phổi, viêm phế quản, lao... do phế quản và phế nang bị viêm gây tổn thương thành mạch máu.

- Bệnh giãn phế quản, do các phế quản bị phì đại, giãn rộng, làm cho mạch máu bị đứt.
- Nghẽn mạch hoặc đứt mạch máu trong phổi. Nguyên nhân làm nghẽn có thể là suy tim, hẹp van hai lá hoặc thuyên tắc mạch phổi.
- Các trường hợp u ác tính, ung thư phổi cũng có thể gây ho ra máu do có sự xói mòn thành mạch máu ở thanh quản, phế quản hoặc phế nang.

Chẩn đoán

- Thở ngắn, hụt hơi và đau ngực kiểu viêm màng phổi là dấu hiệu cho thấy nghẽn mạch phổi.
- Ho có đờm thường liên quan đến viêm phế quản hay viêm phổi.
- Ho kéo dài và sụt cân có thể là do *ung thư biểu mô* ở phế quản.
- Các trường hợp ung thư di căn đến phổi có biểu hiện rõ hoặc đáng ngờ... đều cần được chẩn đoán xác định vì rất có thể là nguyên nhân gây ho ra máu. Chẳng hạn như một bệnh nhân ung thư vú nguyên phát bị di căn đến phổi có thể đi khám bệnh khi thấy ho ra máu.
- Chẩn đoán phân biệt các nguồn chảy máu khác nhau, chẳng hạn như họng có thể chảy máu nếu khám thấy *amidan* bị viêm.

Cẩm nang y khoa thực hành

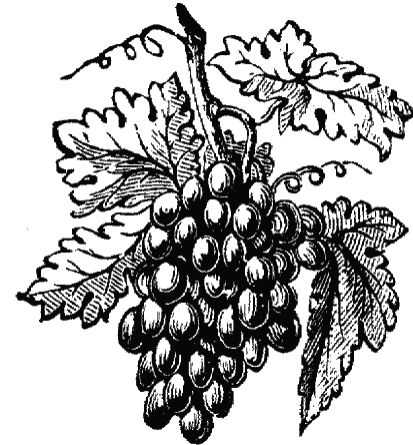
- Kiểm tra lồng ngực để phát hiện viêm phổi hay viêm phế quản.
- Quan sát kỹ các hạch vùng cổ hay nách nếu có nghi ngờ ung thư biểu mô. Kiểm tra trọng lượng cơ thể để phát hiện sụt cân nếu nghi ngờ dạng ác tính.
- Một số xét nghiệm sau đây có thể hỗ trợ khả năng chẩn đoán xác định:
 - Xét nghiệm đờm và nuôi cấy vi khuẩn để xác định loại vi khuẩn gây bệnh.
 - Điện tâm đồ trong nghẽn mạch phổi cho thấy sóng S ở đạo trình I và các sóng Q, T ở đạo trình III.
 - Chụp X quang ngực để phát hiện lao, ung thư biểu mô hay viêm phổi.

Điều trị

- Việc điều trị tùy thuộc vào kết quả chẩn đoán xác định nguyên nhân.
- Sử dụng kháng sinh trong các trường hợp có dấu hiệu nhiễm trùng.
- Ho ra máu có thể làm cho bệnh nhân rất căng thẳng vì lo lắng, cần có sự trấn an hoặc chăm sóc thích hợp về mặt tâm lý. Có thể dùng viên uống *diazepam* (*Seduxen, Valium...*) hoặc tiêm tĩnh mạch để làm dịu bớt những trường hợp quá căng thẳng.

Bệnh đường hô hấp

- Trong tất cả các trường hợp không xác định được nguyên nhân và bệnh tiến triển theo khuynh hướng ngày càng xấu hơn, cần nhanh chóng chuyển bệnh nhân đến bệnh viện để theo dõi và điều trị.



Bệnh đường tiêu hóa

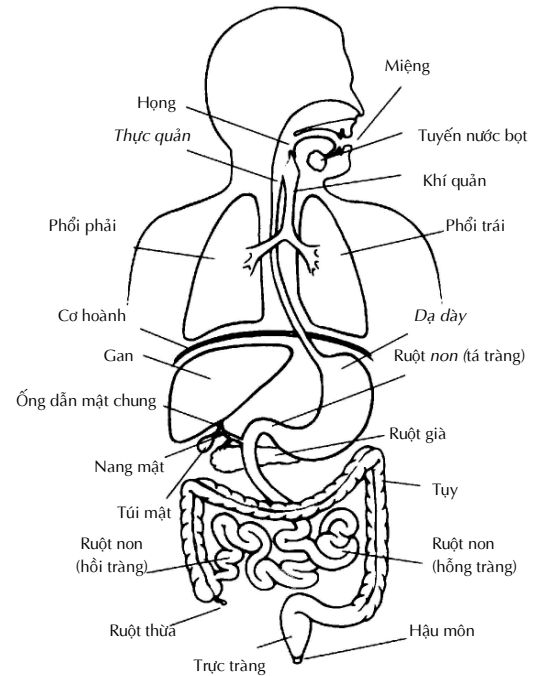
RỐI LOẠN TIÊU HÓA

Rối loạn tiêu hóa là cụm từ dùng để chỉ chung các triệu chứng có liên quan đến việc tiêu hóa thức ăn như đau bụng, đầy hơi, buồn nôn, khó chịu... Sự khó tiêu sau bữa ăn cũng được gọi là rối loạn tiêu hóa và được mô tả với cảm giác khó chịu ở phần trên bụng, thường là do ăn quá nhiều hoặc quá nhanh, ăn nhiều gia vị chua, cay hoặc nhiều chất béo, nhất là mỡ động vật. Khó tiêu cũng có một số trường hợp do thần kinh, với nguyên nhân thường gặp là căng thẳng quá mức. Nếu khó tiêu kéo dài hoặc lặp lại nhiều lần, có thể có liên quan đến các chứng sỏi mật, viêm thực quản hoặc loét dạ dày.

Nguyên nhân

- Thức ăn uống không lành mạnh, nhiều chất béo, nhiều gia vị kích thích.
- Ăn uống không điều độ, ăn vào lúc quá đói, hoặc ăn quá no, ăn nhanh, không nhai kỹ.
- Do dùng một số loại thuốc, chẳng hạn như các thuốc kháng viêm không *steroid* hoặc *aspirin*.
- Dùng nhiều chất kích thích và gây hại cho đường tiêu hóa như rượu, thuốc lá, cà phê...

- Có nhiều căng thẳng tinh thần hay trải qua nhiều cảm xúc quá mạnh như lo buồn, đau khổ, sợ hãi...
- Một số bệnh ở đường tiêu hóa như viêm loét dạ dày, sỏi mật hoặc viêm thực quản.



BỘ MÁY TIÊU HÓA

Chẩn đoán

- Chẩn đoán chủ yếu dựa vào các triệu chứng và tìm hiểu về nếp sinh hoạt, chế độ ăn uống của bệnh nhân để phát hiện và xác định nguyên nhân.
- Một số trường hợp có thể không tìm thấy nguyên nhân rõ rệt, nhưng thường thì các triệu chứng luôn có khuynh hướng giảm nhanh và không kéo dài.
- Một số xét nghiệm chẩn đoán có thể cần thực hiện nếu bệnh diễn tiến phức tạp hoặc kéo dài với nguyên nhân chưa được xác định:
 - Nội soi thường cho kết quả có độ chính xác nhất.
 - Chụp X quang với thuốc cản quang *baryt*, đôi khi tăng liều gấp đôi, thường giúp phát hiện hoặc loại trừ khả năng có ung thư.
 - Một số xét nghiệm khác như kiểm tra độ pH hay đo áp lực trong thực quản đôi khi cũng được dùng đến.
- Các trường hợp có nguy cơ ung thư cao, với nhiều triệu chứng kèm theo đáng ngờ như biếng ăn, sụt cân nhanh chóng, nôn, rối loạn ngôn ngữ, thiếu máu... nhất là khi bệnh nhân trên 45 tuổi, cần được chuyển ngay đến bác sĩ chuyên khoa hoặc đề nghị điều trị tại bệnh viện.

Điều trị

- Trong phần lớn các trường hợp rối loạn tiêu hóa, không cần thiết phải điều trị bằng thuốc. Chỉ cần

xác định đúng nguyên nhân và hướng dẫn người bệnh loại trừ nguyên nhân thì các triệu chứng sẽ nhanh chóng biến mất. Chẳng hạn như:

- Ngừng dùng các thuốc kháng viêm không *steroid* hoặc *aspirin*.
 - Ngừng hút thuốc lá hoặc uống rượu, cà phê, hoặc giảm bớt các chất gia vị gây kích thích, giảm bớt lượng chất béo trong bữa ăn, nhất là mỡ động vật.
 - Khuyến bệnh nhân giữ chế độ ăn uống điều độ, không để quá đói, không ăn quá no, ăn chậm, nhai kỹ thức ăn.
 - Loại bỏ các yếu tố gây căng thẳng tinh thần hoặc nghỉ ngơi thư giãn để vượt qua những bất ổn về cảm xúc...
- Các trường hợp do bệnh đường tiêu hóa gây ra, cần điều trị các bệnh đó, chẳng hạn như điều trị viêm loét dạ dày, viêm thực quản hay sỏi mật.
 - Với các trường hợp có triệu chứng nhẹ, có thể dùng một loại thuốc kháng *acid* thông thường, chẳng hạn như *magie trisilicat (Alusi)* 5g, chia làm 3 lần trong ngày, uống sau bữa ăn hoặc khi đau.
 - Nếu bệnh nhân không đáp ứng với thuốc kháng *acid* nhẹ hoặc có các biểu hiện viêm loét đường tiêu hóa, có thể cho dùng một loại thuốc *kháng thụ thể H₂*, chẳng hạn như *Cimetidin*, *Famotidin*... 400mg,

ngày 2 lần, liên tục trong 10 ngày. Nếu có kết quả tốt, cần điều trị tiếp tục khoảng 3 tuần nữa.

- Các trường hợp rối loạn tiêu hóa không có loét, với triệu chứng rối loạn nhu động ruột như buồn nôn hoặc trướng bụng, có thể điều trị bằng các loại thuốc như *metoclopramid*, *domperidon* hay *cisaprid*.
- Các trường hợp đáp ứng kém với thuốc *kháng thụ thể H₂* hoặc tái phát ngay sau khi ngừng thuốc cần được chuyển đến bác sĩ chuyên khoa hoặc đề nghị bệnh nhân điều trị tại bệnh viện.

LOÉT ĐƯỜNG TIÊU HÓA

Loét là một chỗ lõm trên da hay niêm mạc hình thành do lớp biểu mô bị tiêu hủy. Vết loét có hình như miệng núi lửa, có thể nông hoặc sâu nhưng đều gây viêm, đau. Trong thực tế, có khoảng một phần năm tổng số các trường hợp loét trong cơ thể là loét đường tiêu hóa, bao gồm các trường hợp loét *tá tràng* (chiếm khoảng 90%), loét *thực quản* (chiếm khoảng 5%), hay loét *dạ dày* (chiếm khoảng 5%).

Từ khoảng thập niên 1980 trở về trước, các vết loét đường tiêu hóa vẫn được xem là những trường hợp *kinh niên*, hầu như không thể trị dứt. Do đó, người bệnh phải ăn các thức ăn nhẹ, dùng thuốc kháng *acid*... Nam giới ở độ tuổi từ 45 đến 65 thường bị loét đường tiêu hóa nhiều gấp đôi so với nữ giới. Ngoài ra, người ta cũng biết là những cảm xúc mạnh và sự căng thẳng thường gây ra

hoặc làm nặng thêm các vết loét. Kể từ khi phát hiện được vi khuẩn *Helicobacter pylori* (hay *H. pylori*) như một nguyên nhân cụ thể gây ra các vết loét, việc điều trị loét đường tiêu hóa nói chung đã có sự thay đổi hết sức khả quan. Vì có rất nhiều trường hợp đã có thể điều trị triệt căn thay vì thường xuyên tái phát như trước đây. Sự hiện diện của vi khuẩn *H. pylori* chiếm từ 70% (loét dạ dày) đến 90% (loét tá tràng) tổng số các trường hợp loét đường tiêu hóa.

Nguyên nhân

Nguyên nhân gây loét đường tiêu hóa rất phức tạp. Vi khuẩn *H. pylori* đóng một vai trò quan trọng nhưng không phải là tất cả. Còn rất nhiều yếu tố khác liên quan đến các vết loét đường tiêu hóa. Tuy nhiên, khi chẩn đoán thường có thể phân biệt thành hai nhóm:

- Loét do vi khuẩn *H. pylori*: là tất cả những trường hợp loét đường tiêu hóa mà xét nghiệm cho thấy có sự hiện diện của loại vi khuẩn này. Tuy vậy, điều này cũng không loại trừ khả năng có sự kết hợp của một số nguyên nhân khác nữa. Cũng cần biết là số người bị nhiễm vi khuẩn *H. pylori* rất nhiều (khoảng một nửa dân số thế giới), nhưng không phải tất cả đều bị loét đường tiêu hóa. Nhiều người vẫn khỏe mạnh mặc dù cơ thể họ có mang vi khuẩn *H. pylori*. Vì thế, chỉ chẩn đoán xác định khi có vết loét đi kèm với sự hiện diện của vi khuẩn.

- Loét do những nguyên nhân khác: Cho đến nay, những nguyên nhân sau đây được biết là có tham gia trong quá trình tạo ra các vết loét. Chúng có thể tác dụng độc lập, hoặc kết hợp nhiều nguyên nhân, hoặc kết hợp cả với những trường hợp có vi khuẩn *H. pylori*. Vì thế, những nguyên nhân này cũng cần được xét tới trong những trường hợp đã xác định vi khuẩn *H. pylori*.
- Do thường xuyên sử dụng thuốc *aspirin* hay các loại thuốc chống viêm không phải steroid, chẳng hạn như *ibuprofen* hay *naprosin*... làm giảm mạnh sức đề kháng của niêm mạc dạ dày đối với acid và pepsin. Trong thực tế, khi dùng chung với cả phê sẽ làm tăng tác hại của thuốc.
- Thức uống có cồn như rượu, bia... cũng làm giảm sức đề kháng của niêm mạc dạ dày đối với acid và pepsin. Kể cả lượng cồn có trong rất nhiều loại thuốc dùng để điều trị bệnh.
- Hút thuốc lá làm rách niêm mạc dạ dày. Những người hút thuốc lá có nguy cơ bị loét dạ dày hoặc tá tràng cao hơn những người không hút thuốc đến 50%. Với những người hút thuốc lá, các vết loét cũng sẽ lâu hồi phục hơn.
- Tiền sử những người thân trong gia đình bị loét đường tiêu hóa.

Chẩn đoán

- Chẩn đoán dựa vào những triệu chứng biểu hiện và những thông tin liên quan được bệnh nhân cung cấp.

Cần chú ý đến:

- Vị trí chỗ đau, biểu hiện của cơn đau và sự liên quan với các bữa ăn.
 - Tính chu kỳ của những cơn đau và thời điểm xuất hiện, chẳng hạn như những lần bệnh nhân phải thức giấc trong đêm...
 - Các biểu hiện kèm theo như buồn nôn hoặc nôn, ăn không ngon miệng...
 - Những chế độ ăn uống đặc biệt nào mà bệnh nhân đang áp dụng, chẳng hạn như ăn kiêng, ăn chay...
 - Mức độ sử dụng các loại rượu, bia... hoặc nghiện thuốc lá.
 - Dấu hiệu sụt cân nhiều trong thời gian gần đây.
 - Các triệu chứng khác như đầy hơi, ợ chua, ợ nóng (chất ợ lên rất gắt, có cảm giác khó chịu như làm cháy cả cổ họng)...
- Xét nghiệm tìm vi khuẩn *H. pylori* nên được thực hiện với tất cả những trường hợp đã xác định có vết loét, bởi vì kết quả xét nghiệm này sẽ quyết định việc điều trị như thế nào.

Điều trị

- Các loại thuốc kháng acid được dùng cho các trường hợp nghi ngờ có vết loét (do có các triệu chứng đau) nhưng chưa đủ xác định. Thuốc có tác dụng trung

- hòa làm giảm độ *acid* trong dịch vị, qua đó giúp giảm nhẹ cơn đau.
- Các trường hợp loét nhẹ có thể bắt đầu với một loại thuốc kháng thụ thể H_2 , chẳng hạn như *cimetidin* 800mg hay *ranitidin* 300mg, dùng về đêm liên tục trong vòng 6 tuần cho các bệnh nhân loét tá tràng bình thường, 8 tuần cho những người có hút thuốc lá hoặc bị loét do dùng thuốc kháng viêm không *steroid*, và 12 tuần cho người loét dạ dày.
 - Nếu các triệu chứng vẫn còn sau 4 tuần điều trị thì tăng liều gấp đôi.
 - Nếu vẫn không đạt được hiệu quả, xem xét đến việc thay thế bằng một loại thuốc ức chế bơm proton như *omeprazol* 20mg mỗi ngày, liên tục trong 4 tuần đối với người loét tá tràng và 8 tuần đối với người loét dạ dày. Có thể tăng liều gấp đôi trong những trường hợp nghiêm trọng.
 - Việc điều trị duy trì bằng thuốc kháng thụ thể H_2 , chẳng hạn như *cimetidin* 400mg hay *ranitidin* 150mg dùng về đêm, được chỉ định cho các đối tượng sau đây để hạn chế tỷ lệ tái phát:
 - Loét đã từng xảy ra trên 2 lần trong một năm.
 - Tiền sử loét có xảy ra biến chứng.
 - Đang phải dùng thuốc kháng viêm không *steroid* hay thuốc chống đông máu.
 - Người già hoặc những người có sức khỏe kém.

- Điều trị duy trì bằng thuốc kháng thụ thể H_2 với liều cao, chẳng hạn như *cimetidin* 800mg hay *ranitidin* 300mg dùng về đêm, được chỉ định cho các đối tượng sau đây:
 - Tái phát vì điều trị với liều thấp (6 tuần).
 - Loét có biến chứng do duy trì liều thấp (dài hạn).
- Với các trường hợp loét do vi khuẩn *H. pylori*, nhất thiết phải sử dụng kháng sinh đủ liều điều trị tệt căn để tránh tái phát. Liều trình điều trị tệt căn giúp giảm nguy cơ tái phát trong vòng 2 năm từ 100% xuống còn 5%.
- Khi đã xác định vết loét và sự hiện diện của vi khuẩn *H. pylori*, nên điều trị kết hợp 2 loại kháng sinh và một *bismuth* trung hòa *acid* (*Pepto Bismol*). Vi khuẩn *H. pylori* có rất nhiều dạng khác nhau, nên việc sử dụng cùng lúc hai loại kháng sinh nhằm tăng thêm khả năng diệt khuẩn. Một số loại thuốc như *metronidazol* (*Clont*, *Entizol*, *Orvagil*...) và *tetracyclin* (*Tetracycln*, *Hostacyclin*, *Polfamycin*...) có tác dụng rất tốt, trừ khi người bệnh trước đây đã từng sử dụng *metronidazol*. Trong trường hợp này, có thể thay thế *metronidazol* bằng *clarithromycin*.
- Điều trị tệt căn bằng *omeprazol* 40mg mỗi ngày, kết hợp với *amoxycillin* 500mg, mỗi ngày 3 lần, và *metronidazol* 400mg, mỗi ngày 3 lần, liên tục trong vòng 2 tuần.

- Những trường hợp tái phát sau đó có thể cần điều trị bằng thuốc kháng thụ thể H₂.

VIÊM THỰC QUẢN HỒI LƯU

Viêm thực quản hồi lưu (reflux oesophagitis) là tình trạng thực quản bị viêm do dịch vị có chứa *acid* từ dạ dày trào ngược lên thực quản. Trong một số trường hợp hiếm hoi, *viêm thực quản hồi lưu* có thể gặp ở bệnh nhân sau phẫu thuật (chẳng hạn như cắt dạ dày) khi mật từ dạ dày trào ngược lên thực quản tạo môi trường kiềm gây viêm. Trường hợp này thường trầm trọng và khó điều trị hơn.

Viêm thực quản hồi lưu thường xảy ra sau khi bị *thoát vị khe (hiatus hernia)*. Viêm thực quản kéo dài trong các trường hợp mạn tính nghiêm trọng có thể làm hẹp thực quản. Khi đó cần phải nong thực quản hoặc điều trị bằng phẫu thuật.

Thật ra, thực quản còn có thể bị viêm do nuốt phải các hóa chất gây bỏng, rát, nhưng trường hợp này không gọi là *viêm thực quản hồi lưu*.

Nguyên nhân

- Nguyên nhân trực tiếp là do cơ vòng giữa thực quản và dạ dày không làm tốt chức năng “*điều hành một chiều*” của nó. Bình thường, cơ vòng này mở ra cho thức ăn từ thực quản đi vào dạ dày và co kín lại để ngăn không cho thức ăn từ dạ dày bị trào ngược trở lại (hiện tượng hồi lưu) khi dạ dày co bóp.

- Có nhiều nguyên nhân khác nhau làm cho cơ vòng không co lại hoặc co lại không đủ kín. Các nguyên nhân thường gặp nhất là:
 - Chế độ ăn uống: nhiều thức ăn có tác dụng làm cho cơ vòng co lại yếu hơn hoặc không co, gây ra “*hiện tượng hồi lưu*” mà ta đã đề cập. Các loại thức ăn có tác dụng này là *sô-cô-la*, kẹo bạc hà, các thức ăn cay, thức ăn nhiều chất béo, nhất là mỡ động vật, những trái cây chua như cam, quýt, kể cả cà chua, nước ép trái cây... *Sô-cô-la* và kẹo bạc hà có thể làm cho cơ vòng không co lại.
 - Hút thuốc lá có thể làm cho cơ vòng không co lại. Tình trạng này kéo dài có thể làm cho chức năng của cơ vòng bị mất hẳn.
 - Giảm nhu động ruột. Trong trường hợp này, viêm thực quản hồi lưu thường kèm theo với nhiều triệu chứng khác nữa.
 - Phụ nữ đang mang thai. Đây là nguyên nhân tự nhiên, làm cho hầu hết phụ nữ mang thai đều phải trải qua tình trạng gọi là “*ốm nghén*”, với triệu chứng điển hình nhất là buồn nôn, nôn, ợ chua... Tình trạng này xảy ra là do khi tử cung chiếm một thể tích ngày càng lớn hơn, nó đẩy dạ dày về phía trên và bắt đầu chèn ép cơ vòng, làm cho cơ này không thể hoạt động hoàn toàn bình thường. Ngoài ra, cơ thể người phụ nữ mang thai sản sinh một loại *hormon* có tên là *progesterone*,

có tác dụng làm giảm sự co cơ, và do đó mà cơ vòng cũng chịu ảnh hưởng.

- Những người béo phì hoặc quá cân cũng có thể bị giảm chức năng cơ vòng do sự dồn ép của lớp mỡ tích tụ quá nhiều ở vùng bụng.
- Khi bị *thoát vị khe, acid* trong *dạ dày* cũng thâm nhập được vào cửa *thực quản*. Nguyên nhân gây *thoát vị* có thể là do cơn ho, nôn ói, hoặc cơn rặn khi đi tiêu, hoặc một sự gắng sức quá mức và đột ngột... Các nguyên nhân khác có thể là do thai nghén, do béo phì, hoặc do tuổi già. Rất nhiều người trên 50 tuổi bị *thoát vị khe* nhỏ. Trừ khi người bệnh có kèm theo các triệu chứng *giảm nhu động ruột* hoặc *viêm thực quản* làm cho bệnh trở nên phức tạp, bằng không thì không cần phải trị liệu.

Chẩn đoán

- Chẩn đoán chủ yếu dựa vào các triệu chứng như:
 - Đau rát vùng trước ngực, thường là phía dưới xương ức.
 - Cảm giác nóng rát trong lồng ngực đôi khi lan rộng lên cổ và hướng ra cánh tay. Vì thế, những cơn đau nghiêm trọng đôi khi có thể bị nhầm lẫn với cơn đau tim.
 - Đau càng tăng thêm khi nằm xuống hay cúi người về phía trước. Đứng thẳng người lên có thể làm

giảm bớt cơn đau, chủ yếu là nhờ tác dụng của trọng lực.

- Người bệnh cảm nhận rất rõ vị chua trong miệng do độ acid của dịch vị bị trào ngược lên lẫn với một phần thức ăn. Tuy nhiên, sự cảm nhận của mỗi người có thể khác nhau tùy thuộc vào mức độ của căn bệnh, từ những trường hợp rất nhẹ (chỉ cảm thấy có vị chua sau khi ợ lên, vì thế thường gọi là *ợ chua*) cho đến trung bình (vị chua kèm theo vị đắng gắt và cảm giác nóng rát trong cổ họng) hay rất nghiêm trọng (kèm theo cơn đau rát trong ngực, lan rộng, và hàng loạt các triệu chứng khác nữa).
- Cơn đau thường phụ thuộc vào các bữa ăn, chẳng hạn như sau những bữa ăn quá no, hoặc quá nhiều chất béo...
- Một số xét nghiệm có thể hỗ trợ cho việc chẩn đoán, chẳng hạn như:
 - Soi thực quản cho thấy hình ảnh viêm.
 - Chụp X quang có thể thấy hiện tượng trào ngược dịch vị từ dạ dày.
 - Dùng một ống mềm đưa vào phần cuối của thực quản để đo nồng độ acid tại đây liên tục trong vòng 24 giờ để xác định việc acid có đi từ dạ dày lên thực quản hay không.
 - Xét nghiệm *Bernstein*: Đưa dung dịch *acid* loãng theo một ống mềm và nhỏ lên khoảng giữa thực

quản để xác định xem có gây ra các triệu chứng tương tự hay không.

- Cần chẩn đoán phân biệt với các trường hợp có kèm theo vết loét.

Điều trị

- Các trường hợp nhẹ có thể dùng thuốc kháng *acid* để làm giảm nhẹ triệu chứng, song song với việc loại trừ các nguyên nhân gây bệnh.
- Hướng dẫn bệnh nhân khi nằm kê đầu hơi cao hơn bình thường.
- Chú ý đến chế độ ăn uống. Với các đối tượng béo phì hoặc quá cân cần nhấn đến việc giảm cân. Thành phần thức ăn nên giảm mạnh chất béo, các chất gia vị chua, cay, kích thích... và nói chung không nên ăn quá no. Theo dõi trọng lượng cơ thể để đảm bảo là việc giảm cân đang có tiến triển.
- Không ăn vào gần thời điểm trước khi đi ngủ. Bữa ăn cuối cùng trong ngày nên được ăn sớm hơn bình thường và giảm bớt khối lượng, chọn các món ăn nhẹ, món ăn lỏng, dễ tiêu...
- Không uống rượu, không hút thuốc.
- Hầu hết các trường hợp viêm thực quản hồi lưu có thể khỏi hẳn sau một thời gian điều chỉnh chế độ ăn uống, nghỉ ngơi và loại bỏ những tác nhân có hại như rượu, thuốc lá... Tuy nhiên, cần theo dõi chặt

chế để kịp thời phát hiện các triệu chứng khác lạ. Viêm thực quản kéo dài trở thành mạn tính có thể gây ra hẹp thực quản, cần điều trị bằng phẫu thuật hoặc nong thực quản.

HÔI MIỆNG

Tình trạng có mùi hôi thường xuyên trong miệng không phải là một bệnh lý, nhưng nó có thể là biểu hiện của một số bệnh khác nhau. Đặc biệt cần chú ý khi tình trạng hôi miệng kéo dài quá lâu.

Mùi hôi có thể xuất phát ngay từ miệng, do thức ăn dính lại ở các kẽ răng, lỗ sâu răng... không được làm sạch, bị vi khuẩn phân hóa, tạo thành các hóa chất bay hơi loại *sulfur*, chẳng hạn như *hydrogen sulphid*. Nhưng mùi hôi cũng có thể do những nguyên nhân từ các cơ quan khác, nhất là thuộc đường hô hấp và đường tiêu hóa.

Nguyên nhân

- Viêm xoang mạn tính.
- Viêm *amidan*.
- Nhiễm trùng đường hô hấp.
- Nhiễm trùng nướu răng.
- Hút thuốc lá.
- Sử dụng một số loại thuốc, chẳng hạn như *isosorbid dinitrat*, *disulfiram*...

- Khô miệng do một số nguyên nhân, chẳng hạn như dùng thuốc, hoặc hội chứng *Sjögren*...
- Hôi miệng cũng có thể là một biểu hiện của vấn đề bất ổn nào đó về tính dục.

Chẩn đoán

- Chẩn đoán loại trừ các bệnh ác tính thuộc đường hô hấp, đường tiêu hóa trên hoặc rối loạn chuyển hóa.
- Đề nghị đến khám ở nha sĩ để đánh giá tình trạng răng miệng.
- Lưu ý các triệu chứng nhiễm trùng tại miệng, các triệu chứng của viêm xoang, viêm *amidán*...

Điều trị

- Hướng dẫn và khuyến bệnh nhân vệ sinh răng miệng thật tốt, chẳng hạn như ngoài việc dùng bàn chải răng thông thường cần dùng thêm chỉ làm sạch răng, chất phát hiện mảng bám...
- Cho dùng nước súc miệng diệt khuẩn, chẳng hạn như dung dịch 0,2% *gluconat chlorhexidin*...
- Điều trị các nguyên nhân tùy theo kết quả chẩn đoán. Nếu không có các triệu chứng nhiễm trùng, việc dùng kháng sinh có thể là không cần thiết. Tuy nhiên, cũng có thể dùng *metronidazol* hoặc

amoxycillin trong vòng 2 tuần để loại trừ sự phát triển của vi khuẩn.

TIÊU CHẢY

Tiêu chảy là hiện tượng đi tiêu ra phân có độ lỏng hơn bình thường, và thường là cũng tăng số lần đi tiêu trong ngày lên một cách bất thường.

Tiêu chảy tự nó không phải là một bệnh, mà là triệu chứng của một số bệnh khác nhau, đặc biệt thường là biểu hiện của ngộ độc thức ăn. Hầu hết các trường hợp tiêu chảy thông thường không nghiêm trọng và tự khỏi trong vòng 1 hoặc 2 ngày, không cần điều trị. Tuy nhiên, vấn đề cũng còn tùy thuộc vào nguyên nhân gây ra tiêu chảy, nên bệnh nhân cần phải được theo dõi chặt chẽ để phát hiện kịp thời các triệu chứng nguy hiểm, nhất là tình trạng mất nước ở người già và trẻ em.

Nguyên nhân

- Đa số các trường hợp tiêu chảy là do ngộ độc hay nhiễm *virus* từ thức ăn. Độc tố trong thức ăn thường là do các loại vi khuẩn sinh ra, chẳng hạn như độc tố của các vi khuẩn *Staphylococcus aureus*, *Clostridium*, *Salmonella*, *Campylobacter jejuni*... Các loại *virus* có thể gây tiêu chảy hoặc nhiễm trùng ruột thường là *Norwalk virus*, *Rotavirus*, *Adenovirus*, *Echovirus*...
- Các nguyên nhân ít gặp hơn là do sốt thương hàn, phó thương hàn, lỵ trực khuẩn...

- Trong một số trường hợp, tiêu chảy có thể bị gây ra do nhiễm độc thuốc, do dị ứng với thức ăn hoặc do không dung nạp một loại thức ăn nào đó...
- Tiêu chảy rất hiếm khi kéo dài trở thành mạn tính, nhưng nếu trường hợp này xảy ra thì thường là do các bệnh như viêm loét đại tràng, ung thư đại tràng, bệnh *Crohn*, bệnh túi thừa, nhiễm độc tuyến giáp, hội chứng kích thích ruột...

Chẩn đoán

- Cần chẩn đoán phân biệt ngay giữa tiêu chảy mất nước và tiêu chảy không mất nước, nhằm đánh giá đúng tình trạng mất nước của cơ thể bệnh nhân.
- Tiêu chảy ít hơn 4 lần trong một ngày, không kèm theo nôn hoặc chỉ nôn rất ít được xem như tiêu chảy không mất nước. Các biểu hiện kèm theo thường là:
 - Bệnh nhân không thấy khát nước, không thường xuyên đòi uống nước.
 - Lượng nước tiểu bình thường.
 - Khám lưỡi và môi thấy ẩm.
 - Dùng hai ngón tay véo vào da bệnh nhân rồi buông ra sẽ thấy các nếp da nhăn mất nhanh.
 - Ở trẻ em dưới 18 tháng tuổi, không có hiện tượng thóp lõm.

- Tiêu chảy từ 4 – 10 lần mỗi ngày, thường kèm theo nôn, được xem là tiêu chảy mất nước, với các biểu hiện kèm theo như sau:
 - Bệnh nhân thấy khát nước, thường xuyên đòi uống nước.
 - Lượng nước tiểu ít hẳn đi và có màu vàng sẫm.
 - Khám lưỡi và môi thấy khô, mắt trũng sâu, nhịp tim và nhịp thở đều nhanh hơn bình thường.
 - Dùng hai ngón tay véo vào da bệnh nhân rồi buông ra sẽ nhìn thấy các nếp da nhăn còn lại, qua một thời gian mới mất đi.
 - Ở trẻ em dưới 18 tháng tuổi, có hiện tượng thóp lõm, trẻ ngủ không yên giấc, dễ cáu gắt.
- Tiêu chảy trên 10 lần mỗi ngày, thường kèm theo nôn nhiều, trong phân có thể có máu hoặc dịch nhầy, được xem là tiêu chảy mất nước nặng, với các biểu hiện kèm theo tương tự như tiêu chảy mất nước, nhưng với mức độ nghiêm trọng hơn, đặc biệt là:
 - Bệnh nhân đi tiểu rất ít hoặc có thể hoàn toàn không tiểu.
 - Trẻ em không khó ngủ nữa mà thường ngủ nhiều, nhưng là kiểu ngủ lơ mơ như thiếp đi ngay khi đang ngồi...
- Việc chẩn đoán nguyên nhân rất quan trọng, vì thế cần tìm hiểu rõ về các yếu tố như thức ăn, nước

uống, môi trường làm việc hoặc sinh sống trong thời gian mắc bệnh. Một số người đi du lịch ở xa về có thể bị tiêu chảy chỉ đơn giản là vì hệ vi khuẩn thông thường trong đường ruột của họ bị thay đổi.

Điều trị

- Tùy theo tình trạng mất nước, việc điều trị trước hết phải kịp thời bù lại lượng nước bị mất cho cơ thể. Đặc biệt đối với người già và trẻ em thì điều này có ý nghĩa cực kỳ quan trọng, vì nếu chậm trễ có thể sẽ gây hậu quả rất nghiêm trọng.
- Trong trường hợp xác định có mất nước, cần sử dụng ngay dung dịch uống *glucose (Oresol)*. Liều dùng trung bình trong 24 giờ là:
 - Trẻ dưới 6 tháng tuổi: 250ml – 500ml
 - Từ 6– 24 tháng tuổi: 500 – 1000ml
 - Từ 2 – 5 tuổi: 750 – 1500ml
 - Trên 5 tuổi: 1000 – 2000ml
- Trong trường hợp không có loại dung dịch điều chế sẵn như trên, có thể tự pha theo công thức: 1 muỗng cà phê muối và 8 muỗng cà phê đường hòa tan vào 1 lít nước.
- Cố gắng xác định nguyên nhân để phát hiện kịp thời các trường hợp nguy hiểm.

- Trong hầu hết các trường hợp, ngoài việc cho bệnh nhân uống nhiều chất lỏng, không cần thiết phải cắt giảm khẩu phần ăn bình thường của bệnh nhân.
- Các trường hợp tiêu chảy nhẹ ở người lớn có thể sử dụng *loperamid*, 2 viên trong lần đầu tiên và sau đó mỗi lần 1 viên khi đi phân lỏng.
- Rất hạn chế sử dụng kháng sinh, vì thường thì kháng sinh không có mấy tác dụng đến diễn tiến của bệnh. Tuy nhiên, kháng sinh cần được chỉ định trong một số trường hợp sau:
 - Ngộ độc nghiêm trọng do độc tố của vi khuẩn *Salmonella: ciprofloxacin* 500 mg hoặc *trimethoprim* 200mg mỗi ngày 2 lần, liên tục trong 5 ngày.
 - Ngộ độc nghiêm trọng do độc tố của vi khuẩn *Campylobacter: erythromycin* 500mg, mỗi ngày 4 lần, liên tục trong 5 ngày.
 - Nhiễm ký sinh trùng đơn bào *Giardia lamblia: metronidazol*, mỗi ngày 2g, liên tục trong 3 ngày. Trong thực tế, đối với các trường hợp nhiễm *Giardia lamblia* thì việc đáp ứng nhanh với điều trị bằng kháng sinh là dấu hiệu chẩn đoán đáng tin cậy hơn cả việc xét nghiệm phân, bởi vì bệnh thường có thời gian ủ bệnh đến hơn 2 tuần, với các triệu chứng đi phân lỏng, đầy hơi và không có sốt.

- Nhiễm khuẩn *Shigella*: *ciprofloxacin* 500mg, hoặc *trimethoprim* 200mg mỗi ngày 2 lần, liên tục trong 5 ngày.
- Các trường hợp tiêu chảy cấp tính xảy ra do thay đổi hệ vi khuẩn trong đường ruột ở người đi du lịch có thể điều trị bằng *ciprofloxacin* 500mg mỗi ngày 2 lần, liên tục trong 5 ngày.
- Trong các trường hợp sau đây, cần nhanh chóng chuyển bệnh nhân đến bệnh viện để theo dõi và điều trị:
 - Bệnh nhân có dấu hiệu mất nước, mặc dù đã được cho uống dung dịch bù nước.
 - Tiêu chảy kèm theo đau bụng dữ dội hoặc trướng bụng.
 - Các dấu hiệu chẩn đoán không rõ ràng.

NGỨA HẬU MÔN

Ngứa hậu môn là tình trạng vùng da quanh hậu môn ngứa ngáy khó chịu. Nguyên nhân gây ngứa không phải lúc nào cũng có thể xác định được. Ở trẻ em thì nguyên nhân thường gặp nhất là do nhiễm giun kim.

Nguyên nhân

- Bệnh hậu môn – trực tràng, chẳng hạn như trĩ, nứt hậu môn...

- Các bệnh da ở vùng quanh hậu môn, chẳng hạn như vảy nến, viêm da tiếp xúc...
- Dị ứng với một số loại thuốc dùng ở hậu môn.
- Nhiễm nấm.
- Một số bệnh làm gia tăng nguy cơ nhiễm trùng, chẳng hạn như tiểu đường (làm nhiễm nấm) hay bệnh gan mạn tính...
- Nhiễm giun kim, do loài giun này đẻ trứng ở vùng da quanh hậu môn.

Chẩn đoán

- Chẩn đoán dựa vào các triệu chứng kèm theo để tìm nguyên nhân.
- Chẩn đoán xác định nhiễm giun kim khi bệnh nhân quan sát thấy giun trong phân. Cũng có thể quan sát thấy trứng giun ở vùng da quanh hậu môn nếu sử dụng kính hiển vi.
- Nhiễm giun kim thường xảy ra ở trẻ em và thường gây ngứa nhiều vào ban đêm.

Điều trị

- Hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh tốt vùng hậu môn bằng cách rửa sạch vào mỗi buổi sáng và sau mỗi lần đi tiêu.
- Rửa sạch tay và móng tay sau mỗi lần đi tiêu.

- Dùng *mebendazol* viên 100mg, một liều duy nhất, hoặc *piperazin*, mỗi lần từ 0,2g – 1g, tùy theo độ tuổi, ngày uống 2 – 4 lần sau khi ăn, liên tục trong 3 đến 5 ngày. Lập lại liều trên sau 2 tuần để chống tái nhiễm.
- Có thể kết hợp dùng thuốc mỡ *hydrocortison*, nhất là về đêm, để giảm bớt triệu chứng. Nếu có dấu hiệu nhiễm nấm, có thể dùng thuốc kháng nấm.

NỨT HẬU MÔN

Hậu môn là khoảng 4cm cuối cùng của ống tiêu hóa, nơi phân đi qua để thải ra bên ngoài cơ thể. Nứt hậu môn là tình trạng có một vết nứt, rách ở hậu môn, làm cho bệnh nhân cảm thấy đau buốt mỗi lần đại tiện.

Nguyên nhân

- Thường là do bị loét từ cơ thắt hậu môn lan dọc lên trên ống hậu môn.
- Đôi khi nứt hậu môn xuất phát từ vết rách ở lớp lót hậu môn do phân cứng và khô.

Chẩn đoán

- Bệnh nhân thấy đau buốt ở hậu môn mỗi khi đại tiện, do cơ của hậu môn co thắt.
- Có thể có một ít máu dính theo phân.

- Nứt hậu môn có thể có một số triệu chứng giống như trĩ, nhưng điều khác biệt là vết nứt có thể quan sát thấy ở vùng hậu môn. Khám bằng tay có thể làm cho bệnh nhân rất đau đớn.

Điều trị

- Chủ yếu là điều trị triệu chứng, vì vết nứt thường tự khỏi sau vài ngày, nhất là khi có thể kiểm soát được táo bón.
- Hướng dẫn bệnh nhân chế độ ăn uống nhiều chất xơ, chất lỏng để tránh táo bón và làm mềm phân.
- Nếu sự co thắt làm bệnh nhân đau nhiều, có thể hướng dẫn bệnh nhân ngâm hậu môn trong nước ấm sau mỗi lần đại tiện để giảm sự co thắt, bệnh nhân sẽ thấy dễ chịu hơn.
- Các loại viên nhét hậu môn như *Xyloproct* hay *Proctosedyl* có thể dùng trước mỗi lần đại tiện để giúp kết tràng giãn ra và làm cho bệnh nhân ít đau hơn.
- Các trường hợp nứt hậu môn nghiêm trọng, hoặc kéo dài không tự khỏi, hoặc tái phát nhiều lần, có thể phải can thiệp bằng thủ thuật nông hậu môn có gây mê, hoặc đôi khi phải phẫu thuật cắt bỏ chỗ nứt.

TÁO BÓN

Táo bón là tình trạng đại tiện bất thường, với phân khô và cứng, làm cho bệnh nhân phải gắng sức mỗi lần đại tiện và luôn có cảm giác khó chịu, không thoải mái.

Táo bón không được xác định dựa vào số lần đại tiện nhiều hay ít, mà căn cứ vào cách bài tiết phân của bệnh nhân. Vì thế, cần phân biệt rõ giữa táo bón với những trường hợp có số lần đại tiện ít nhưng phân vẫn bình thường và không phải gắng sức khi đại tiện. Với một số người, việc đi tiêu 2 ngày một lần, hoặc thậm chí 3 ngày một lần có thể vẫn là bình thường, miễn là đảm bảo sự đều đặn và phân không bị khô, cứng.

Nguyên nhân

- Do chế độ ăn uống không thích hợp. Trong thành phần thức ăn có một lượng khá lớn chất xơ (*fiber*) mà cơ thể không hấp thụ được. Tuy nhiên, lượng chất xơ này giữ vai trò rất quan trọng trong việc thải phân ra khỏi cơ thể, vì chúng làm cho phân to và mềm. Chất xơ có nhiều trong các loại thức ăn chứa tinh bột thô, như khoai lang, gạo lức... Các loại rau cải, trái cây... cũng cung cấp nhiều chất xơ. Khi chế độ ăn hàng ngày không cung cấp đủ chất xơ, rất dễ gây ra táo bón.
- Do lạm dụng các loại thuốc nhuận tràng.

- Một số bệnh đường ruột có thể gây táo bón. Nguyên nhân là vì hoạt động co bóp của các cơ thành ruột không được bình thường, dẫn đến việc phân nằm lại trong ruột lâu hơn và trở nên đen, cứng, rất khó đưa ra khỏi hậu môn.
- Những bệnh nhân bị mất nước nhiều, hoặc các chứng đột quy, bệnh *Parkinson*... cũng có thể bị táo bón. Nguyên nhân là vì các bệnh này làm thay đổi, thường là ngăn trở, hoạt động của các cơ thành ruột.
- Một số bệnh khác như hội chứng rối loạn tiêu hóa, tiểu đường, suy thận... cũng gây ra táo bón.
- Bệnh *Hirschsprung* có thể gây táo bón ở trẻ sơ sinh.
- Một số thuốc điều trị có tác dụng phụ gây táo bón.
- Đôi khi, táo bón là dấu hiệu cảnh báo của chứng ung thư ruột, thường là kèm theo các triệu chứng khác như: biếng ăn, sụt cân nhanh, có máu trong phân, cơ thể rất mỏi mệt, suy nhược và đau bụng thường xuyên.
- Các trường hợp táo bón kéo dài, trở thành mạn tính thường là do một nguyên nhân tiềm ẩn nào đó hoặc do các thói quen sinh hoạt, ăn uống không thích hợp của bệnh nhân gây ra.
- Chứng táo bón thường xuất hiện ở người lớn tuổi rất hiếm khi tìm thấy nguyên nhân rõ ràng.

Chẩn đoán

- Chẩn đoán phân biệt giữa táo bón xuất hiện tạm thời do một nguyên nhân cụ thể nào đó với táo bón mạn tính kéo dài rất lâu, thường khó tìm ra nguyên nhân cụ thể.
- Chú ý các triệu chứng kèm theo và lưu ý chế độ ăn uống, sinh hoạt của bệnh nhân để tìm ra nguyên nhân gây táo bón.
- Không chẩn đoán xác định táo bón khi bệnh nhân than phiền có số lần đại tiện quá ít (chẳng hạn như 3 lần trong một tuần), mà phải xác định việc đại tiện có khó khăn hay không, phân có khô và cứng hay không...
- Cần nghĩ đến bệnh *Hirschsprung* nếu trẻ sơ sinh chậm ra phân su và sau đó thường xuyên táo bón.

Điều trị

- Nếu không có dấu hiệu về các vấn đề sức khỏe khác, việc điều trị táo bón chủ yếu là hướng dẫn bệnh nhân thay đổi chế độ ăn uống và sinh hoạt cho phù hợp, không cần và không nên dùng đến thuốc men. Các vấn đề cần lưu ý cụ thể như sau:
 - Thường xuyên vận động cơ thể, tập thể dục mỗi buổi sáng và hạn chế thời gian nằm hoặc ngồi quá lâu trong ngày.
 - Uống nhiều chất lỏng, với các loại nước uống khác

- nhau trong ngày, đảm bảo cung cấp đủ nhu cầu nước cho cơ thể.
- Ăn nhiều trái cây, rau cải, các thức ăn có nhiều tinh bột, chất xơ... Hiện có một vài dược phẩm cung cấp chất xơ có thể dùng được như *Metamucil* hoặc *FiberCon*. Tuy nhiên, nếu có một chế độ ăn uống tốt thì không cần đến các loại thuốc này.
- Tập thói quen đại tiện đều đặn, vào một thời điểm nhất định nào đó trong ngày, tốt nhất là buổi sáng. Thói quen này hoàn toàn có thể tạo ra được với sự kiên trì lặp lại nhiều lần.
- Dành thời gian thoải mái cho mỗi lần đại tiện. Đừng bao giờ có tâm trạng nôn nóng, muốn rút ngắn thời gian, cố sức đưa phân ra nhanh hơn...
- Đừng bao giờ hoãn lại việc đại tiện khi cảm thấy có nhu cầu. Thường thì sự trì hoãn này hoàn toàn có thể thực hiện được, nhưng lượng phân nằm lại trong ruột sẽ tiếp tục bị hút nước và trở nên khô, cứng, làm cho việc bài tiết trở nên khó khăn hơn.
- Việc lạm dụng thuốc nhuận tràng, thuốc nhét hậu môn... thường làm rối loạn sự co bóp của ruột và góp phần gây ra chứng táo bón mạn tính.
- Dùng tay chà xát trên vùng bụng thường xuyên có thể giúp giảm nhẹ sự khó chịu của táo bón và trong nhiều trường hợp có thể giúp cải thiện nhu động ruột.

Cẩm nang y khoa thực hành

- Các trường hợp táo bón rất nghiêm trọng cần can thiệp tạm thời để làm giảm nhẹ triệu chứng thì có thể dùng:
 - Thuốc kích thích nhu động ruột, chẳng hạn như *senna*, 2 – 8 viên, dùng vào ban đêm. Không nên dùng thường xuyên.
 - Chất tạo khối phân, chẳng hạn như cám *ispaghula*, nhưng thường thì không cần các chất này nếu chế độ ăn cung cấp đủ chất xơ. Các trường hợp sử dụng thích hợp nhất là với những người bệnh trĩ, nứt hậu môn hoặc sau phẫu thuật mở thông kết tràng, hồi tràng...
 - *Lactulose* 15ml thường được dùng mỗi ngày 2 lần để giúp giữ nước trong ruột.
 - Các chất làm mềm phân như dầu *parafin*, *hydroxid magnesi* dạng nhũ tương 20ml chỉ nên dùng khi thật sự cần thiết.
- Các trường hợp có triệu chứng kèm theo không thể chẩn đoán xác định, hoặc xác định có các bệnh nghiêm trọng kèm theo táo bón, nên đề nghị bệnh nhân đến điều trị tại bệnh viện. Đặc biệt với các trẻ sơ sinh nghi ngờ bệnh *Hirschsprung* (với yêu cầu điều trị cần đến phẫu thuật). Tuyệt đối không sử dụng kéo dài các loại thuốc nhuận tràng hay viên nhét hậu môn.

Bệnh da liễu

MỤN TRỨNG CÁ

Mụn trứng cá là tình trạng các mụn nhỏ nổi lên trên bề mặt da, thường là da mặt, và thường xuất hiện nhiều nhất ở tuổi dậy thì. Tuy nhiên, đôi khi mụn cũng xuất hiện ở cả những người trưởng thành, thậm chí cả ở tuổi trung niên nữa. Đối với hầu hết mọi người, mụn trứng cá – đặc biệt là trên da mặt – không phải là một vấn đề sức khỏe, mà là vấn đề thẩm mỹ, gây khó chịu trong giao tiếp. Các bạn trẻ thường không được thoải mái khi đến dự một tiệc vui với khuôn mặt đầy mụn không biết làm sao để che giấu.

Nguyên nhân

Mụn trứng cá xuất hiện khi các tuyến bài tiết chất nhờn nhỏ li ti trên da bị ngẽn lại vì một lý do nào đó. Các tuyến bài tiết này (*sebaceous gland*) có chức năng tiết ra một loại chất nhờn đặc biệt giúp cho da trơn láng, bảo vệ tế bào da và giảm bớt độ bám của bụi bẩn vào da, giữ cho da có một độ ẩm thích hợp và chống lại sự xâm nhập của vi khuẩn.

Đôi khi, các tuyến bài tiết này làm việc không bình thường. Chúng tiết ra lượng chất nhờn nhiều hơn mức độ mà các ống dẫn có thể chuyển tải ra bề mặt của da. Khi ấy, lượng chất nhờn sẽ tích tụ dần dần dưới da và hình thành những mụn nổi lên bề mặt da.

Sau đó, một số xác tế bào chết lẫn vào trong lượng chất nhờn tích tụ vừa nói trên, tạo thành một hỗn hợp phức tạp hơn, hình thành những mụn nổi có độ cứng, ta thường gọi là “*cội mụn*”. Khi những *cội* này vẫn còn dưới da, chúng là những mụn trắng. Khi lớn dần lên và trồi ra bên ngoài bề mặt của da, chúng tạo thành các mụn đen. Màu đen của những mụn này là do sự tích tụ của một loại sắc tố có màu sẫm (*melanin*). Chính sắc tố này là tác nhân tạo thành màu da cũng như các vết sạm màu khi da bị phơi dưới nắng nóng.

Các nguyên nhân thúc đẩy tiến trình hình thành mụn trứng cá thường là:

- *Yếu tố di truyền*: mụn có khuynh hướng xuất hiện ở những người trong cùng một gia đình. Hay nói khác đi, nếu cha mẹ trước đây đã từng bị mụn rất nhiều, con cái sẽ có nhiều nguy cơ nổi mụn hơn.
- *Yếu tố tuổi tác và giới tính*: Các em gái thông thường bắt đầu có những mụn nổi từ khoảng 11 tuổi, trong khi các em trai thường bắt đầu ở tuổi 13. Vào độ tuổi này, cơ thể bắt đầu sản sinh ra một lượng lớn nội tiết tố có tên là *androgen*, tác động vào các tuyến bài tiết chất nhờn, làm cho

chúng tiết ra lượng chất nhờn vượt quá mức thông thường, thúc đẩy tiến trình hình thành những mụn nổi trên da mặt. Mức độ sản sinh nội tiết tố *androgen* ở các em trai cao gấp 10 lần so với các em gái. Vì thế, mụn thường xuất hiện ở nam nhiều hơn nữ.

- Tiếp xúc với một số loại dầu nhờn công nghiệp hoặc hóa chất, các loại kem trang điểm hoặc xà phòng, dầu gội...
- Tâm lý căng thẳng, nhiều lo lắng hay hờn giận cũng thúc đẩy sự phát triển của mụn, có thể là thông qua sự tác động đến sự tiết chất nhờn.
- Một số thức ăn như *sô-cô-la*, các món ăn chiên dầu hoặc thức uống như *sô-đa*, cà phê... được cho là có thể thúc đẩy sự phát triển của mụn.
- Một vài loại thuốc, chẳng hạn như các loại thuốc ngừa thai, có thể có tác dụng phụ làm cho mụn phát triển nhanh.
- Đối với phụ nữ, mụn thường phát triển nhiều hơn trong các giai đoạn trước và trong thời kỳ có kinh nguyệt.

Chẩn đoán

Cần chẩn đoán phân biệt hai loại mụn:

- Mụn lành tính không gây viêm (*noninflammatory acne*), là loại mụn thường gặp nhất. Loại mụn này thường không làm biến dạng da mặt, chỉ xuất hiện

thành từng cụm, mỗi cụm chừng đôi ba mụn nhỏ, thỉnh thoảng nổi lên trên da mặt rồi tự biến mất, không để lại dấu vết gì.

- Mụn có khả năng gây viêm da (*inflammatory acne*), ít gặp hơn, thường liên tục phát triển thành những vùng rộng trên da mặt, trên cổ, trên lưng, và thậm chí cả ở vùng bụng dưới gần cơ quan sinh dục. Loại mụn này có một ít mũ vàng đục bên trong mụn, có thể để lại một vết sẹo nhỏ trên da sau khi khỏi.

Điều trị

- Rất hiếm khi phải dùng đến thuốc men. Thường thì chỉ cần hướng dẫn bệnh nhân một số những hiểu biết thích hợp để có thể làm giảm nhẹ sự phát triển của mụn:
 - Rửa mặt bằng xà phòng mỗi ngày một hoặc hai lần. Tránh dùng các loại xà phòng thơm, đặc biệt là xà phòng khử mùi mạnh, vì sẽ làm mất đi lớp dầu nhờn bảo vệ da mặt. Nên dùng các loại xà phòng khử trùng nhẹ. Làm sạch da mặt một cách thật nhẹ nhàng, không chà xát mạnh. Thường thì việc chà xát mạnh chính là một trong các nguyên nhân làm cho mụn phát triển nhanh hơn.
 - Hạn chế tối đa việc sử dụng các loại mỹ phẩm dùng cho da mặt. Nhiều loại mỹ phẩm khi bôi lên thường làm bít các lỗ nhỏ li ti trên da mặt, và vì thế đẩy nhanh tiến trình tạo ra mụn. Nếu

bắt buộc phải sử dụng trong một thời gian ngắn thì nên chọn những loại có dạng nước tốt hơn là những loại dạng kem hoặc chất dầu. Lớp mỹ phẩm dùng trên da mặt càng mỏng càng tốt, vì chúng sẽ để cho da bài tiết được tốt hơn. Ngay sau khi dùng, nhớ rửa sạch da mặt với xà phòng và nước.

- Dùng cố nặn sạch các mụn nổi trên da mặt. Thực tế thì việc này chẳng giúp làm bớt mụn đi chút nào, mà còn có thể tạo thành những vết sẹo lờ ra không có.
 - Trong các tư thế ngồi xem ti-vi, đọc sách, hoặc học bài, tránh cách ngồi chống tay lên cằm hoặc tựa khuôn mặt lên bất cứ một phần nào đó của cánh tay. Những tư thế này ngăn cản sự bài tiết thông thoáng của da mặt, tạo điều kiện phát sinh mụn dễ dàng hơn.
 - Tránh những thức ăn chiên dầu, nhiều chất béo hoặc thức uống có chứa *sô-cô-la*, *caffein*.
 - Uống nhiều nước, có thể đến 7 hoặc 8 ly lớn mỗi ngày. Lượng nước thừa đưa vào cơ thể sẽ giúp làm sạch mọi thứ, ngăn ngừa tiến trình hình thành mụn.
- Nếu xác định việc phát triển mụn là do tác dụng phụ của một loại thuốc nào đó, có thể xem xét việc thay thế dùng một loại thuốc khác.

- Các loại kem trị mụn thường là những hợp chất có chứa *benzoyl peroxid*, *sulfur* hay *acid salicylic*, có thể được sử dụng hữu hiệu trong việc làm giảm tiến trình hình thành mụn.
- Giảm nhẹ mọi lo lắng, căng thẳng về tâm lý bằng các biện pháp khác nhau như thay đổi sinh hoạt hàng ngày, tham gia các hoạt động xã hội... Tuy nhiên, cách tốt hơn vẫn là ngăn ngừa hoặc tránh né các nguyên nhân gây ra lo lắng hay căng thẳng.
- Trong những trường hợp cần thiết phải dùng đến thuốc, có thể sử dụng:
 - *Benzoyl peroxid* ($C_{14}H_{10}O_4$) nồng độ 1% đến 10%. Nên khởi đầu với chế phẩm có nồng độ thấp.
 - Thuốc bôi tại chỗ có chứa *acid retinoid*, chẳng hạn như *Trétinoin Kéfran*, bôi thuốc mỗi ngày 1 lần.
 - Có thể dùng kết hợp. Nếu sau 4 tuần điều trị bằng *benzoyl peroxid* không thấy hiệu quả, có thể dùng thêm *Trétinoin Kéfran*. Cả 2 loại đều được bôi lên da mỗi ngày 1 lần, nhưng vào 2 thời điểm khác nhau. (Chẳng hạn như một loại vào buổi sáng và loại kia vào buổi chiều.) Hai loại thuốc này đặc biệt hiệu quả với loại mụn lành tính không gây viêm (*noninflammatory acne*).
 - Thuốc kháng sinh dạng bôi tại chỗ như *clindamycin*, *erythromycin* hay *tetracyclin* được sử dụng với loại mụn gây viêm da (*inflammatory acne*).

- *Acid azelaic* có tác dụng kháng khuẩn đồng thời cũng giúp làm bong lớp da bị sừng hóa.
- Các trường hợp hợp viêm da nặng có thể cần dùng đến kháng sinh dạng viên uống, có thể dùng *Oxytetracyclin* 500mg hoặc *Erythromycin* 500mg, mỗi ngày 2 lần. Điều trị trong 3 tháng, sau đó giảm liều còn 250mg, mỗi ngày 2 lần. Cả 2 loại kháng sinh này đều có thể tăng liều đến 1000mg nếu cần thiết. Các loại kháng sinh như *minocyclin* và *doxycyclin* đắt tiền hơn nhưng có ưu điểm là ít bị ảnh hưởng bởi thức ăn và dùng liều thấp hơn (100 – 200mg/ngày).
- Đối với các bệnh nhân dùng viên uống tránh thai kết hợp, cần chú ý những điểm sau đây:
 - Nếu đang điều trị bằng kháng sinh dài ngày, có thể bắt đầu dùng viên uống tránh thai kết hợp mà không cần thêm biện pháp tránh thai nào khác.
 - Nếu đang dùng viên uống tránh thai kết hợp và mới bắt đầu điều trị bằng kháng sinh, hoặc chuyển sang điều trị bằng một loại kháng sinh khác, cần sử dụng thêm một biện pháp tránh thai khác trong vòng 2 tuần.

MỤN TRỨNG CÁ ĐỎ

Mụn trứng cá đỏ có biểu hiện đặc trưng kéo dài là làm cho da mặt ửng đỏ, trơn bóng, nhất là hai vùng má và

giữa trán, có thể có những mụn đỏ và có mũ. Mụn trứng cá đỏ thường xuất hiện ở phụ nữ vào độ tuổi trung niên.

Điều trị

- Điều trị dài ngày với kháng sinh *oxytetracyclin* 250mg, mỗi ngày 2 lần. Giảm dần đến liều duy trì 250mg mỗi ngày.
- *Metronidazol* dạng bôi ngoài da có thể dùng mỗi ngày 2 lần.
- Không bôi các loại *steroid* vì sẽ làm cho bệnh trở nên nghiêm trọng hơn.

MỤN CỐC

Là những mụn nổi lên với bề mặt xù xì, chai cứng do các tế bào da bị sừng hóa. Mụn cóc rất thường xuất hiện ở gan bàn chân với một đốm đen ở giữa và làm cho bệnh nhân thấy đau khi bước chân đi.

Điều trị

Mụn cóc thường tự khỏi nhanh chóng nhờ khả năng đáp ứng miễn dịch của bệnh nhân. Việc điều trị chỉ cần thiết khi mụn gây nhiều khó chịu cho bệnh nhân.

- Dùng chế phẩm bôi ngoài da có chứa *acid salicylic*, chẳng hạn như *Salactol*. Trước tiên, ngâm mụn trong nước ấm khoảng ít phút để làm mềm và loại bỏ đi phần tế bào chết bằng cách dùng một miếng

đá mài hay đá bọt, sau đó bôi thuốc lên. Lặp lại thường xuyên mỗi ngày, có thể kéo dài đến 3 tháng. Chú ý không để thuốc dính vào những vùng da bình thường bao quanh mụn.

- Liệu pháp lạnh với nitơ lỏng có thể được dùng cho những mụn cóc không đáp ứng với thuốc bôi. Phương pháp điều trị này gây đau nhiều nên không hợp với trẻ em. Cần cho bệnh nhân biết trước là việc điều trị có thể làm cho chỗ da nơi đó bị phỏng giộp. Nếu có nhiều mụn, có thể cần phải điều trị chia thành nhiều lần, và khoảng cách tốt nhất giữa 2 lần điều trị là 3 – 4 tuần. Đôi khi có những mụn rất khó trị đòi hỏi phải dùng đến các phương pháp nạo và đốt.
- Những mụn cóc ở gan bàn chân nên được để lành tự nhiên, bởi vì việc điều trị thường rất khó đạt hiệu quả tốt.

NHIỄM NẤM CANDIDA

Nhiễm nấm *Candida* thường gặp nhất ở vùng âm đạo, nhưng cũng có thể xuất hiện ở nhiều nơi khác. Bệnh có thể lây lan từ vùng bị nhiễm ban đầu đến nhiều vùng khác trên cơ thể nếu không được điều trị kịp thời. Trong một số trường hợp, có thể gặp nhiễm nấm *Candida* cả ở đường tiêu hóa.

Nguyên nhân

- Nấm *Candida* thường có ở miệng, ở âm đạo, nhưng không gây bệnh được vì có sự khống chế của một số loại vi khuẩn khác. Khi môi trường vi khuẩn này buộc xáo trộn, chẳng hạn như do điều trị dài ngày bằng kháng sinh làm chết nhiều vi khuẩn, hoặc do sức đề kháng của cơ thể bị suy yếu... nấm *Candida* sẽ phát triển nhanh và gây bệnh.
- Một vài nguyên nhân có thể làm thúc đẩy sự phát triển của nấm *Candida*, chẳng hạn như sự thay đổi nồng độ *hormon* trong máu khi có thai hoặc khi dùng thuốc ngừa thai...
- Bệnh tiểu đường cũng tạo điều kiện cho nấm phát triển nhanh hơn.
- Bệnh có thể lây lan qua giao hợp. Mặc dù nhiễm nấm *Candida* thường gặp hơn ở nữ giới, nhưng nam giới khi bị lây lan cũng có thể nhiễm nấm *Candida* ở dương vật, thường là ở những trường hợp bị hẹp bao quy đầu.
- Trẻ con có thể bị nhiễm nấm *Candida* kèm theo với hiện tượng nổi sẩy do tã lót.

Chẩn đoán

- Nhiễm nấm *Candida* ở âm đạo sinh ra nhiều huyết trắng, đóng bợn và gây ngứa ngáy, khó chịu. Đôi

- khi kèm theo tiểu tiện khó. Tuy nhiên, ở một số bệnh nhân có thể không có các triệu chứng này.
- Nhiễm nấm *Candida* ở dương vật gây viêm da quy đầu.
 - Nhiễm nấm *Candida* ở miệng tạo ra các mảng màu vàng kem, gây đau.
 - Nhiễm nấm *Candida* ở các nếp gấp da hoặc các vùng bị sẩy tạo thành các ban sẩn màu đỏ, ngứa và các mảng màu trắng dễ bong ra.
 - Chẩn đoán xác định dựa vào xét nghiệm các mẫu bệnh phẩm, chẳng hạn như huyết trắng hoặc các mảng trên niêm mạc.

Điều trị

- Dùng các thuốc chống nấm, chẳng hạn như *nystatin* dạng viên uống 100.000 đơn vị, mỗi ngày 4 lần cho trẻ em. Người lớn dùng viên 500.000 đơn vị, mỗi ngày 4 lần, có thể tăng liều gấp đôi nếu cần thiết. Thuốc được uống sau khi ăn.
- Có thể thay bằng *amphotericin*, mỗi ngày 1,5g – 2g.
- Nên duy trì việc dùng thuốc khoảng 2 ngày sau khi đã chấm dứt mọi dấu hiệu nhiễm nấm.
- Bệnh rất dễ tái phát. Cần hướng dẫn bệnh nhân giữ vệ sinh tốt và luôn giữ khô vùng da dễ bị nhiễm

nấm. Nếu là người có sinh hoạt tình dục, cần điều trị cả người bạn tình để ngăn ngừa việc lây nhiễm qua lại.

LANG BEN

Bệnh da do nhiễm nấm, thường gặp ở vùng nhiệt đới và bán nhiệt đới, với biểu hiện từng vùng trên da gồm các mảng trắng, nâu hay hồng, có vảy nhỏ, thường nổi bật do màu sắc khác biệt với vùng da chung quanh, nhất là mỗi khi tiếp xúc với ánh nắng. Lang ben thường xuất hiện ở các vùng da trên thân hình, cánh tay, bắp đùi và trên cổ, đôi khi lan trên da mặt. Bệnh gây ra do một loại nấm làm chết da.

Điều trị

- Dùng thuốc bôi tại chỗ có chứa *selen sulfur*, chẳng hạn như *Selsun*. Trước tiên, vệ sinh toàn thân bằng cách tắm sạch với dung dịch tẩy rửa *Mercryl Laurylé*. Sau đó, lau da thật khô rồi bôi thuốc lên tất cả các vùng da nhiễm nấm, không được để sót dù chỉ là những vết nhỏ vì sẽ dễ dàng gây tái nhiễm. Để yên khoảng 15 phút trước khi rửa sạch. Mỗi tuần dùng thuốc như vậy 2 lần, liên tục trong 2 tuần.
- Có thể thay thế bằng cách dùng kem *imidazol* bôi thường xuyên mỗi đêm, liên tục trong 2 – 4 tuần.
- Có thể dùng *itraconazol* dạng viên uống 200mg mỗi ngày, liên tục trong 7 ngày.

- Vệ sinh kỹ quần áo trong suốt thời gian điều trị. Sau điều trị, cần đề nghị bệnh nhân tái khám mỗi tháng vì bệnh rất dễ tái phát.

NGỨA DA

Ngứa da không phải là một bệnh, nhưng có thể là biểu hiện của một số bệnh. Khi bệnh nhân bị ngứa da kéo dài không có nguyên nhân rõ rệt, cần phải được chẩn đoán kỹ để loại trừ khả năng đó là biểu hiện của một căn bệnh toàn thân đang tiềm ẩn.

Chẩn đoán

Cần thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán sau đây:

- Công thức máu toàn bộ.
- Tốc độ lắng hồng cầu.
- Xét nghiệm chức năng gan.
- *Creatin* huyết thanh, sắt huyết thanh, *thyroxin* huyết thanh.
- Đo nồng độ đường trong máu.
- *Protein* niệu.
- Chụp X quang lồng ngực.

Điều trị

Nếu các xét nghiệm trên cho kết quả hoàn toàn bình thường, không phát hiện được bất cứ dấu hiệu bệnh lý nào thì tiến hành xử trí triệu chứng ngứa da như sau:

- Chọn dùng thường xuyên một loại thuốc làm mềm da, có thể là dạng thuốc mỡ hoặc kem. Nhóm thuốc này có tác dụng làm ẩm những vùng da quá khô, làm mềm những chỗ da bong vảy, và có thể được dùng trong điều trị dài ngày. Thuốc có thể bôi lên da bất cứ lúc nào, nhưng thường có hiệu quả nhất là sau khi tắm. Dạng thuốc mỡ thường hiệu quả hơn dạng kem, nhưng vì chất nhờn để lại trên da nên ít được ưa chuộng.
- Chọn dùng một loại kem *steroid* bôi tại chỗ, cũng có thể kết hợp với một loại thuốc kháng *histamin* dạng viên uống.

RỤNG TÓC

Rụng tóc không phải là một bệnh, mà là biểu hiện của nhiều bệnh. Hay nói khác đi, có rất nhiều nguyên nhân gây rụng tóc. Khi có dấu hiệu rụng tóc kéo dài, việc chẩn đoán cần phải chú ý đến nhiều khía cạnh khác nhau mới có thể phát hiện được nguyên nhân thật sự.

Nguyên nhân

Cấu trúc của mỗi sợi tóc luôn có một phần chất nhờn màu trắng bao quanh chân tóc. Đây là một hỗn hợp chất béo và chất đạm có chức năng gắn chặt sợi tóc vào da đầu. Chất keo gắn này càng dày thì tóc càng được gắn chặt. Ngược lại, nếu vì một lý do nào đó mà lớp keo này bị khô, mỏng đi thì tóc sẽ rất dễ rụng. Một số nguyên nhân thường dẫn đến hiện tượng rụng tóc là:

- Các bệnh da đầu, nhất là nhiễm nấm.
- Chịu đựng sự căng thẳng kéo dài hay có những thay đổi quan trọng như phẫu thuật, bệnh kéo dài, phụ nữ sau khi sinh con...
- Nhiễm giun đũa.
- Do yếu tố di truyền, thường là hiện tượng rụng tóc cả vùng gáy hói, khởi đầu từ hai bên thái dương, vùng trán rỗi lan rộng dần. Thường gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới.
- Dị ứng do tiếp xúc với hóa chất, mỹ phẩm, thuốc ngoài da...
- Lạm dụng thuốc kháng sinh hay các thuốc có chứa *hormon*.
- Suy dinh dưỡng, thiếu máu...
- Rối loạn *hormon* do nhiều nguyên nhân, chẳng hạn như bệnh tiểu đường, bệnh tuyến giáp, bệnh tuyến thượng thận... hoặc nam giới sau tuổi 50, nữ giới sau khi mãn kinh.
- Tác dụng phụ của thuốc trị ung thư hay các liệu pháp khác, chẳng hạn như xạ trị...
- Tổn thương da đầu do bị phỏng hoặc do dùng máy sấy tóc, thuốc nhuộm tóc, thuốc uốn tóc... một cách không thích hợp. Cũng có thể do tóc bị kéo mạnh quá mức.

- Tình trạng rụng tóc tạm thời ở từng vùng nhỏ, tạo thành các mảng hói ở vùng da trán, hoàn toàn không rõ nguyên nhân, thường tự khỏi trong vòng vài tháng.

Chẩn đoán

- Cần chú ý rằng rụng tóc là một hiện tượng bình thường. Trong thực tế, mỗi sợi tóc của chúng ta có thể tồn tại trong khoảng từ 8 tháng cho đến 5 năm. Trung bình, do có những sợi tóc đã già đi nên một người khỏe mạnh có thể rụng mất từ 40 đến 120 sợi tóc mỗi ngày. Đây là điều hoàn toàn bình thường. Tuy nhiên, song song theo đó cần có một lượng tóc mới được sản sinh để bù đắp lại số tóc rụng đi, đảm bảo mái tóc luôn giữ được bề dày thông thường của nó. Rụng tóc cần quan tâm điều trị khi lượng tóc rụng đi quá nhiều so với lượng tóc sinh ra, biểu hiện bằng mái tóc ngày càng thưa hơn hoặc thậm chí có những mảng hói bắt đầu xuất hiện.
- Chẩn đoán nguyên nhân là quan trọng nhất trong điều trị rụng tóc. Vì thế cần chú ý đến các triệu chứng kèm theo với rụng tóc để có thể xác định nguyên nhân gây rụng tóc. Trong hầu hết các trường hợp, yếu tố dinh dưỡng luôn giữ một vai trò nhất định.

Điều trị

- Điều trị nguyên nhân là chủ yếu. Khi nguyên nhân được điều trị, hiện tượng rụng tóc sẽ tự chấm dứt.

Tuy nhiên, không phải bao giờ cũng có thể xác định được nguyên nhân rõ ràng. Do đó, trong một số trường hợp vẫn phải chấp nhận điều trị triệu chứng, nghĩa là cố gắng làm giảm mức độ rụng tóc và tăng khả năng sản sinh tóc mới.

- Một số trường hợp hói tóc do di truyền có thể dùng *minoxidil* để điều trị.
- Hướng dẫn bệnh nhân một chế độ ăn thích hợp giàu dinh dưỡng có thể giúp giảm mạnh sự rụng tóc. Chế độ ăn cho bệnh nhân rụng tóc cần có nhiều các *vitamin* nhóm B, *vitamin* A, C và E, cùng với các khoáng chất như lưu huỳnh, đồng, *molybden*, *silic*, *kẽm*, *selen*... Hạn chế nguồn chất đạm và chất béo từ thịt động vật, thay thế bằng đạm thực vật như đậu xanh, đậu nành... và sử dụng các loại dầu thực vật. Tránh các thức ăn ngọt như bánh, kẹo... và hạn chế tối đa rượu, bia, thuốc lá...

CHÀM

Chàm (*eczema*) là tình trạng viêm da, thường gây ngứa, đôi khi làm da bong vảy, bọng nước. Có nhiều loại viêm da khác nhau như viêm da tiết bã nhờn, viêm da tiếp xúc, viêm da dị ứng... Một số trường hợp không rõ nguyên nhân.

Nguyên nhân

- Do chịu yếu tố di truyền, xuất hiện ở những người trong cùng một gia đình và thường kèm theo một

- hoặc nhiều bệnh dị ứng khác như hen (suyễn), viêm mũi dị ứng...
- Các vết chàm đồng tiền (hình tròn) có thể xuất hiện ở bất cứ nơi nào trên da, không rõ nguyên nhân.
 - Do tiếp xúc với các hóa chất khác nhau như bột giặt, nước rửa chén...
 - Do tiếp xúc với quần áo bằng các chất liệu dễ gây kích thích như len, lụa, sợi tổng hợp...
 - Rất nhiều trường hợp viêm da không rõ nguyên nhân.

Chẩn đoán

- Viêm da dị ứng thường gặp ở trẻ 2 – 18 tháng tuổi. Trẻ bị ngứa ở nhiều vùng da, thường là trên mặt, phía trong khuỷu tay, phía sau đầu gối... Da bong vảy và có thể xuất hiện những mụn nhỏ màu đỏ. Do bị ngứa nên trẻ cào gãi làm vỡ các mụn và tạo thành những vùng da rỉ nước, có thể xảy ra nhiễm trùng.
- Chàm đồng tiền đặc trưng với các vết chàm hình tròn như đồng tiền, gây ngứa và làm bong vảy da thành từng mảng, có thể gặp ở bất cứ vị trí nào trên cơ thể, có vẻ tương tự như các trường hợp nhiễm nấm da.

- Chàm tay thường tạo thành những mụn nước lớn, gây ngứa, thường ở lòng bàn tay, kèm theo bàn tay có nhiều vảy.
- Chẩn đoán phân biệt với các trường hợp nổi ngứa do nhiễm nấm. Thường thì chàm xuất hiện lan tỏa trong khi các vùng nhiễm nấm thường có ranh giới rất rõ rệt.

Điều trị

- Nếu có thể, cần chẩn đoán xác định nguyên nhân trước khi tiến hành điều trị. Loại bỏ nguyên nhân là phương thức điều trị hiệu quả nhất, chẳng hạn như hướng dẫn bệnh nhân dùng găng tay để tránh tiếp xúc với bột giặt, nước rửa chén... sử dụng các loại quần áo bằng chất liệu mềm, thấm nước, không gây kích thích, chẳng hạn như vải *cotton*.
- Hướng dẫn bệnh nhân luôn giữ cho da khô và sạch, không cào gãi để tránh làm da trầy xước, giữ vệ sinh tốt để tránh nhiễm trùng.
- Các trường hợp nhẹ chỉ cần điều trị bằng các loại thuốc làm mềm da bôi tại chỗ, có thể là dạng thuốc mỡ hoặc kem. Các loại thuốc này làm ẩm những vùng da quá khô và làm mềm chỗ da bong vảy. Nên dùng thuốc sau khi tắm. Dạng thuốc mỡ thường có hiệu quả hơn, nhưng ít được ưa chuộng vì chất nhờn để lại trên da.

- Các trường hợp nặng hơn có thể dùng đến các loại *steroid* dạng bôi ngoài da với liều tối thiểu. Ngay sau khi liều điều trị có hiệu quả, cần giảm ngay đến liều tối thiểu. Ở vùng da mặt hoặc khi dùng cho trẻ em không bao giờ sử dụng liều lượng tương đương hoặc mạnh hơn 1% *hydrocortison*. Liều điều trị bằng nhóm *steroid* thường được phân ra như sau:
 - Mức độ nhẹ: tương đương *hydrocortison* 0,5%, 1%.
 - Mức độ trung bình: tương đương *clobetason butyrat* 0,05% (*Eumovat*).
 - Mức độ nặng: tương đương *betamethason* 0,1% (*Betnovat*).
 - Mức độ rất nặng: tương đương *clobetasol propionat* 0,05% (*Dermovat*).
- Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng, cần kết hợp điều trị bằng các loại kháng sinh có tác dụng với liên cầu khuẩn, chẳng hạn như *flucloxacilin* hoặc *erythromycin*.
- Nếu ngứa nhiều, có thể cho dùng một loại thuốc kháng *histamin* để làm giảm ngứa, nhất là có thể giúp bệnh nhân không bị mất ngủ về đêm. Với trẻ em trên 2 tuổi có thể dùng *trimeprazin* với liều 2mg cho mỗi kg cân nặng.

- Viêm da dị ứng ở trẻ em thường kéo dài nhiều năm rồi tự khỏi khi trẻ lớn lên. Vì thế, việc điều trị chủ yếu là kiểm soát các triệu chứng của bệnh và ngăn ngừa nhiễm trùng.
- Chàm đồng tiền thường có đáp ứng với kem bôi da *corticoid* nhưng không bao lâu sẽ đề kháng thuốc. Vì thế bệnh thường kéo dài.

VẢY NÉN

Vảy nến là một loại bệnh ngoài da rất thường gặp, tuy không nghiêm trọng lắm nhưng đặc biệt rất khó chữa dứt, thậm chí thường kéo dài suốt đời. Bệnh gây khó chịu do những vùng da bệnh lan rộng làm cho ngoại hình của bệnh nhân trở nên khó coi, ảnh hưởng đến việc giao tiếp xã hội vì tạo ra tâm lý e ngại trong giao tiếp. Bệnh thường xuất hiện ở độ tuổi từ 10 – 30 tuổi. Tuy nhiên, đôi khi cũng gặp ở trẻ em và người già. Vảy nến có khuynh hướng tái phát thành từng đợt với mức độ khác nhau. Một số yếu tố được xem là những điều kiện kích thích gây ra đợt tái phát như sự căng thẳng tâm lý, các tổn thương da, dị ứng với thức ăn hay hóa chất, suy nhược thần kinh...

Nguyên nhân

- Nguyên nhân trực tiếp gây ra bệnh vảy nến là do sự sinh sản rất nhanh một cách bất thường của các tế bào da, có thể nhanh gấp 5 – 10 lần tốc độ sản sinh bình thường. Do sự sinh sản rất nhanh này,

các tế bào da ở bề mặt trên cùng liên tục bị các lớp tế bào bên dưới dồn đẩy lên, trong khi chúng chưa có đủ thời gian để trưởng thành hoàn toàn. Do đó, các tế bào bề mặt da luôn khô và tróc ra khỏi mặt da sớm hơn bình thường, tạo thành những mảng da dày bao phủ bởi lớp lớp tế bào da chết.

- Tuy nhiên, nguyên nhân gây ra sự tăng sinh bất thường của tế bào da vẫn chưa được hiểu rõ. Người ta chỉ biết là bệnh có liên quan đến một số yếu tố như:
 - *Di truyền*: Bệnh thường xuất hiện ở những người trong cùng một gia đình. Thống kê cho biết nếu cha hoặc mẹ đã bị bệnh vẩy nến thì con cái có khoảng 25% nguy cơ sẽ mắc căn bệnh này.
 - *Chủng tộc*: Bệnh xuất hiện với tần suất khác nhau ở các dân tộc khác nhau. Chẳng hạn như tỷ lệ mắc bệnh được biết là khoảng 2% ở dân châu Âu và Bắc Mỹ, khoảng 1,5% ở dân Anh, khoảng 4% ở dân Đức. Bệnh rất hiếm gặp ở người da đen và hoàn toàn không có ở người da đỏ, người *Esquimo*...
 - *Vitamin A*: Một số nghiên cứu cho thấy tất cả những bệnh nhân mắc bệnh vẩy nến đều có hàm lượng *vitamin A* trong máu rất thấp. Vì thế, người ta cũng nghi ngờ là có mối tương quan giữa sự thiếu hụt loại *vitamin* này với bệnh vẩy nến.

Chẩn đoán

- Cần chẩn đoán phân biệt các loại vẩy nến khác nhau như:
 - *Vẩy nến mảng*: Là loại vẩy nến thường gặp nhất, với đặc trưng là các mảng vẩy nến xuất hiện ở trên thân hình và các chi, đặc biệt là ở các khuỷu, đầu gối và da đầu. Bệnh cũng tác động đến các móng tay, móng chân, làm cho móng bị rỗ, dày lên hay bong tróc ra khỏi phao móng.
 - *Vẩy nến giọt*: Chỉ thường gặp ở trẻ em, với các mảng vẩy hình tròn rất nhỏ nhưng phát triển rất nhanh trên một vùng da rộng lớn, thường là sau khi bị viêm họng (nhiễm liên cầu khuẩn).
 - *Vẩy nến mụn mủ*: Loại này đặc trưng với các mụn nhỏ trên da, có thể xuất hiện ở bất cứ nơi nào trên cơ thể hoặc khu trú ở một vùng riêng biệt.

Điều trị

- Điều trị chủ yếu là kiểm soát các triệu chứng, hay sự phát triển của các mảng vẩy cũng như sự khó chịu của bệnh nhân.
- Đồng thời phải ngăn ngừa các yếu tố có thể thúc đẩy sự tiến triển của bệnh như tâm lý căng thẳng, các tổn thương da hoặc nhiễm trùng...
- Làm ẩm những vùng da quá khô và làm mềm chỗ da bong vẩy bằng cách sử dụng thuốc làm mềm da

bôi tại chỗ, dạng thuốc mỡ hoặc dạng kem. Dạng thuốc mỡ thường có hiệu quả hơn, nhưng vì có chất nhờn nên ít được ưa chuộng.

- Một số trường hợp có đáp ứng tốt khi có sự tiếp xúc vừa phải với ánh nắng hoặc tia cực tím.
- Nếu phải điều trị bằng thuốc, chọn dùng các loại sau:
 - Thuốc *Alphosyl* dạng kem (chứa nhựa than đá và *allantoin*) có thể được dùng mỗi ngày từ 2 – 4 lần. Sau khi bôi thuốc, chà xát nhẹ trên vùng da bị vảy nến. Thận trọng không để thuốc dính vào mắt.
 - Thuốc *dithranol* nên khởi đầu với liều thấp (0,1%) và tăng dần cho đến khi đạt hiệu quả (không quá 2%). Bôi thuốc lên da hằng ngày và để yên trong khoảng 30 phút rồi rửa sạch.
 - Thuốc *Calcipotriol* (*Dovonex*), là một dẫn xuất của *vitamin D*. Đây là loại thuốc mới đã tỏ ra có hiệu quả. Dùng bôi lên vùng da bị bệnh mỗi ngày 2 lần.
 - Các loại kem có chứa *corticosteroid* có thể được dùng nhưng với sự hạn chế tối đa. Thường chỉ định thích hợp trong các trường hợp vảy nến mảng kéo dài nhưng có số vùng da bị vảy nến không nhiều. Sử dụng liều vừa phải. Chú ý đến nguy cơ làm mỏng da nếu dùng thuốc quá nhiều.

CHẤY

Chấy (có nơi gọi là *chí*) là loại côn trùng nhỏ không có cánh, dài khoảng 3mm, tên khoa học là *Pediculus humanus capitis*, ký sinh trên da đầu, sống lẫn trong tóc và hút máu, gây ngứa da đầu. Chấy đẻ trứng mỗi ngày một lần, nhiều nhất là 10 trứng, với một chất keo gắn chặt trứng vào sợi tóc. Trứng nở trong khoảng một tuần sau đó. Chấy trưởng thành có thể sống được khoảng 5 đến 6 tuần.

Vết chấy cắn và hút máu trên da đầu có thể quan sát thấy như những đốm nhỏ màu đỏ, gây ngứa nhiều. Nếu chấy sinh trưởng quá nhiều, da đầu ngứa nhiều làm cho bệnh nhân cào gãi gây trầy xước, có thể dẫn đến viêm da hoặc tạo thành chốc lở.

Chấy thường gặp ở trẻ em và phụ nữ nhiều hơn nam giới.

Nguyên nhân

- Chấy rất dễ lây lan từ người này sang người khác, nhất là ở những người trong cùng một gia đình hoặc những người thường xuyên tiếp xúc, chung đụng với nhau.
- Do chu kỳ sinh sản của chấy rất nhanh nên việc điều trị thường rất dễ thất bại do tái nhiễm. Trứng chấy còn lại sau mỗi đợt điều trị là nguyên nhân

chính gây tái nhiễm. Việc điều trị không đồng loạt đối với tất cả mọi người trong gia đình thường tạo điều kiện cho chấy tiếp tục lây lan qua lại.

Chẩn đoán

- Biểu hiện có chấy là ngứa da đầu, phải gãi nhiều và thường xuyên.
- Trứng chấy có thể dễ dàng quan sát thấy bằng mắt thường, bám vào các sợi tóc ở vị trí gần chân tóc.
- Trứng chấy sau khi nở còn lại vỏ lép bám vào sợi tóc và ngày càng bị đẩy lên xa chân tóc hơn khi sợi tóc dài ra. Vì thế, quan sát khoảng cách xa nhất từ vỏ trứng đến chân tóc có thể giúp đánh giá được thời gian đã bị nhiễm chấy.

Điều trị

- Thuốc diệt chấy có thể diệt sạch chấy sau khi gội đầu, nhưng không thể diệt hết các trứng chấy mới. Do đó phải lặp lại một lần điều trị sau 10 ngày, khi các trứng chấy đã nở ra.
- Dùng lược dày để chải tóc thường xuyên cũng có thể diệt sạch chấy, miễn là thời gian dùng lược phải liên tục và không quá ngắn, để các trứng chấy sót lại khi nở ra sẽ không có thời gian tiếp tục sinh trưởng.

- Thuốc gội đầu có chứa *malathion* hay *carbaryl* đều có hiệu quả tốt. Bôi thuốc lên đầu, để yên khoảng 12 giờ rồi gội sạch. Có thể dùng lược răng dày để chải sạch xác chấy và trứng sau khi gội.
- Các dụng cụ đã dùng như lược, khăn... đều phải được vệ sinh kỹ, tốt nhất là nhúng qua nước sôi để diệt sạch trứng chấy có thể bám vào đó.
- Cần phải điều trị đúng quy trình và đồng loạt cho tất cả mọi người trong gia đình.



Bệnh truyền nhiễm

Sởi

Sởi là một loại bệnh truyền nhiễm thường gặp chủ yếu ở trẻ em, gây sốt phát ban và nhiều triệu chứng kèm theo cũng như một số biến chứng nguy hiểm, đặc biệt là biến chứng viêm não có thể gây tử vong.

Trong quá khứ, bệnh sởi đã từng là mối đe dọa đối với trẻ em trên toàn thế giới, do tính chất lây nhiễm dễ dàng, lan truyền nhanh nên có thể bộc phát trong một thời gian rất ngắn. Ngày nay, sự phát triển của các loại thuốc chủng ngừa đã đẩy lùi được căn bệnh này. Tuy nhiên, ở những nước chậm phát triển, mỗi năm vẫn còn có đến hàng triệu trẻ em chết vì bệnh này.

Nguyên nhân

- Bệnh sởi gây ra do nhiễm phải một loại *virus* gây bệnh.
- Có rất nhiều nguyên nhân lây nhiễm, vì bệnh lây truyền dễ dàng qua không khí cũng như nhiều hình thức tiếp xúc khác nhau với người mang *virus*.

Bệnh truyền nhiễm

- Thời gian ủ bệnh kéo dài đến khoảng 14 ngày. Trong suốt thời gian này, trẻ mang *virus* có thể đưa *virus* vào không khí và làm lây nhiễm cho mọi người xung quanh.
- Người đã bị bệnh sởi một lần, sau khi khỏi bệnh sẽ được miễn dịch tự nhiên suốt đời đối với bệnh này. Thuốc chủng ngừa cũng có thể tạo miễn dịch với tỷ lệ thành công đến khoảng 97% các trường hợp được chủng ngừa.
- Trẻ em dưới 8 tháng tuổi rất hiếm khi mắc bệnh sởi, nhờ có kháng thể nhận được từ sữa mẹ. Vì thế, nuôi con bằng sữa mẹ cũng là một cách bảo vệ trẻ chống lại bệnh này.

Chẩn đoán

- Các triệu chứng khởi đầu:
 - Sốt
 - Mệt mỏi
 - Sưng hạch bạch huyết
 - Chảy mũi nước
 - Mắt đỏ
 - Ho
- Các triệu chứng khi toàn phát bệnh:
 - Ban đỏ trên da, có thể gây ngứa, bao giờ cũng xuất hiện theo thứ tự từ trên xuống dưới, từ phần

da trên mặt, sau đầu và cổ, lan dần xuống phía dưới thân mình.

- Ngứa mắt, nhất là khi nhìn ra ánh sáng.
- Hắt hơi và chảy nước mũi.
- Sau khi phát ban khoảng 3 ngày thì ban bắt đầu lặn dần và các triệu chứng cũng giảm dần. Tuy nhiên, một số biến chứng có thể xuất hiện:
 - Viêm đường hô hấp trên hoặc viêm tai giữa nhiễm khuẩn, với dấu hiệu rõ nét là sốt trở lại sau khi ban đã lặn, có thể kèm theo tiêu chảy, nôn mửa, đau bụng... Sốt có thể rất cao, gây co giật.
 - Viêm não, thường xuất hiện sau khi phát ban khoảng 7 – 10 ngày, với các triệu chứng như đau đầu, nôn mửa, co giật, hôn mê. Biến chứng này tuy rất hiếm gặp (với tỷ lệ khoảng một phần triệu số trường hợp mắc bệnh) nhưng rất nguy hiểm, có thể dẫn đến tử vong.
 - Viêm phổi tế bào lớn.
 - Viêm kết mạc có mủ.

Điều trị

- Không có thuốc đặc trị, nên điều trị chủ yếu là giải quyết các triệu chứng.
- Bệnh nhân cần được nghỉ ngơi nhiều tại giường, uống nhiều nước. Có thể dùng thuốc giảm đau hạ

nhiệt, chẳng hạn như *aspirin*, *acetaminophen* hay *paracetamol* để làm giảm nhẹ các triệu chứng. Cũng có thể dùng các loại xi-rô để làm giảm ho, kem bôi da để làm giảm ngứa... tùy theo mức độ của các triệu chứng này.

- Cần cách ly người bệnh, hạn chế mọi tiếp xúc kể từ khi phát hiện và nghi ngờ bệnh này. Điều này nhằm làm hạn chế sự lây lan của bệnh.
- Kháng sinh không có tác dụng đối với *virus* gây bệnh, nên chỉ dùng khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn thứ phát.
- Có thể cần sử dụng huyết tương miễn dịch (*immunoglobulin*) trong những trường hợp bệnh nhân bị tổn thương hoặc suy yếu hệ miễn dịch.

Chủng ngừa

Chủng ngừa bệnh sởi được thực hiện vào lúc trẻ được 9 đến 15 tháng tuổi. Tỷ lệ thành công lên đến khoảng 97% các trường hợp được chủng ngừa. Do đó, việc phát minh và sử dụng thuốc chủng ngừa (từ năm 1963) đã đẩy lùi rõ rệt căn bệnh nguy hiểm này ở trẻ em trên toàn thế giới. Riêng tại Hoa Kỳ, số ca mắc bệnh hằng năm vào khoảng đầu thập niên 1960 là khoảng 500.000, đã giảm xuống còn dưới 3.500 vào năm 1988. Cho đến năm 1999, số trường hợp mắc bệnh được ghi nhận trong năm chỉ còn không đến 100.

Mặc dù vậy, do điều kiện kinh tế còn khó khăn cũng như sự hiểu biết chưa đầy đủ về căn bệnh này, nên nhiều trẻ em ở các nước chậm phát triển vẫn còn chưa được chủng ngừa đầy đủ. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ghi nhận là hiện nay mỗi năm vẫn có đến khoảng 1.000.000 trẻ em chết vì bệnh này.

Chủng ngừa bệnh sởi cho trẻ em là biện pháp đơn giản và hiệu quả nhất để bảo vệ các em chống lại căn bệnh truyền nhiễm nguy hiểm này, và cũng là trách nhiệm của các bậc cha mẹ để góp phần ngăn chặn sự lây lan bệnh trong toàn xã hội.

QUAI BỊ

Quai bị là bệnh truyền nhiễm cấp tính, thường xảy ra chủ yếu ở trẻ em. Độ tuổi có nguy cơ mắc bệnh cao nhất thường là 5 – 9 tuổi. Tuy nhiên, bệnh vẫn có thể xảy ra ở bất cứ độ tuổi nào.

Do sự lây lan dễ dàng và nhanh chóng nên quai bị có thể bùng phát thành những trận dịch lớn, đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe của nhiều người, nhất là ở các trường học, nơi trẻ em thường xuyên tiếp xúc tập trung. Từ khoảng năm 1967, thuốc chủng ngừa bệnh quai bị được phát minh và sử dụng rộng rãi đã giúp đẩy lùi nguy cơ này.

Nguyên nhân

- Bệnh quai bị gây ra do một loại *virus*, chủ yếu tấn công vào các mô hạch và mô thần kinh.
- *Virus* gây bệnh có rất nhiều trong nước bọt của người đã mắc bệnh. Từ đó được người bệnh đưa vào không khí khi nói, ho hoặc nhổ nước bọt... *Virus* trôi nổi lơ lửng trong môi trường không khí và lây nhiễm sang người khác.
- Thời gian ủ bệnh kéo dài khoảng 15 – 21 ngày. Trong thời gian 1 tuần trước khi bắt đầu có triệu chứng bệnh cho đến 2 tuần sau khi có triệu chứng bệnh, người bệnh có thể gây lây bệnh cho những ai tiếp xúc, gần gũi với họ.
- Người đã bị bệnh quai bị một lần, sau khi khỏi bệnh sẽ được miễn dịch tự nhiên suốt đời đối với bệnh này, vì chỉ có một chủng *virus* duy nhất gây bệnh. Thuốc chủng ngừa bệnh quai bị hiện đang được sử dụng rất có hiệu quả và hoàn toàn an toàn.

Chẩn đoán

- Các triệu chứng khởi đầu thường rất nhẹ, bao gồm:
 - Sốt nhẹ, kéo dài trong 2 – 3 ngày.
 - Cảm giác mệt mỏi.
 - Biếng ăn, ăn không ngon.

- Khô miệng.
- Các triệu chứng khởi phát bệnh:
 - Đặc trưng là sưng *tuyến mang tai* (2 tuyến nước bọt nằm ở vị trí góc xương hàm, ngay bên dưới và phía trước tai), có thể ở một bên hoặc cả 2 bên. Tuyến mang tai sưng làm cho góc hàm không thể sờ nắn được, điều này giúp phân biệt với bệnh hạch bạch huyết vùng cổ hay hàm dưới. Sưng tuyến mang tai thường kéo dài trong khoảng từ 7 – 10 ngày.
 - Hai tuyến mang tai có thể cùng lúc sưng đau, nhưng cũng có thể chỉ một trong hai tuyến. Trong trường hợp sưng một tuyến thì khi tuyến này xẹp xuống, tuyến còn lại sẽ bắt đầu sưng lên.
 - Các triệu chứng chung là sốt, đau đầu, khó nhai, biếng ăn. Tất cả triệu chứng thường mất đi sau khoảng 12 ngày.
- Chẩn đoán xác định đôi khi cần xét nghiệm tìm kháng thể chống *virus* trong máu người bệnh, nuôi cấy nước bọt hoặc nước tiểu.
- Bệnh quai bị có thể gây các biến chứng như:
 - Viêm màng não *lympho* bào cấp tính.
 - Viêm tinh hoàn, xảy ra ở khoảng một phần tư số ca bệnh nam giới sau tuổi dậy thì. Khi bị viêm tinh hoàn, một hoặc cả hai bên tinh hoàn sưng lên và đau trong vòng 2 – 4 ngày rồi xẹp. Với một

tỷ lệ khá hiếm hoi, viêm tinh hoàn có thể dẫn đến vô sinh.

- Đau bụng, thường do viêm tụy tạng hoặc viêm buồng trứng.
- *Virus* tấn công vào dây thần kinh thính giác có thể gây điếc, nhưng biến chứng này rất hiếm gặp.

Điều trị

- Không có thuốc điều trị đặc hiệu, nên chủ yếu là kiểm soát các triệu chứng.
- Cho người bệnh nghỉ ngơi tại giường và uống nhiều nước. Hạn chế tiếp xúc để tránh lây lan.
- Thuốc giảm đau và hạ nhiệt thông thường như *aspirin*, *acetaminophen* hay *paracetamol* để giảm nhẹ các triệu chứng.
- Với các trường hợp bị viêm tinh hoàn, có thể điều trị hiệu quả với *prednisolon* 40mg, mỗi ngày một lần, liên tục trong 4 ngày.
- Khi có dấu hiệu nghi ngờ viêm màng não, cần chuyển ngay bệnh nhân đến điều trị tại bệnh viện, ngay cả khi việc điều trị không khác biệt mấy, bởi vì bệnh nhân cần sớm được chọc dò tủy sống (thủ thuật rút dịch não tủy) để xác định ngay việc có hay không vi khuẩn gây viêm màng não.

Chủng ngừa

Chủng ngừa bệnh quai bị thường được thực hiện cùng lúc với chủng ngừa bệnh sởi, khi trẻ được 9 đến 15 tháng tuổi, và nếu trẻ nhất cũng không nên để quá 4 tuổi. Thuốc chủng ngừa bệnh quai bị chính thức được sử dụng tại Hoa Kỳ từ năm 1967. Trước đó, vào năm 1964, người ta ghi nhận khoảng 212.000 ca bệnh quai bị tại quốc gia này. Sau khi sử dụng thuốc chủng ngừa, cho đến năm 1999 thì tổng số các trường hợp mắc bệnh quai bị chỉ còn không đến 400 ca.

Chủng ngừa là phương thức đơn giản nhất để chống lại bệnh quai bị. Thuốc hoàn toàn an toàn và hiệu quả, có thể tạo ra khả năng miễn dịch suốt đời cho trẻ.

RUBELLA

Bệnh *rubella*, hay *rubeon*, trước đây thường được xem như một dạng sởi nên vẫn gọi là *bệnh sởi Đức* (*German measles*), là một bệnh truyền nhiễm nhẹ, có thể gây ra những vùng ban đỏ và làm sưng phồng các hạch bạch huyết. Bệnh thường xuất hiện nhất ở độ tuổi 6 – 12 tuổi. Tuy nhiên, cũng có thể gặp ở bất cứ độ tuổi nào. Khoảng một phần tư số trường hợp nhiễm bệnh không có ban đỏ, và bệnh có thể tự khỏi hầu như không được nhận biết, mặc dù kết quả thử máu có thể cho thấy việc nhiễm bệnh. Rất hiếm khi thấy bệnh này xuất hiện ở độ tuổi trên 40.

Mặc dù là một bệnh nhẹ và hiếm khi có biến chứng nguy hiểm, nhưng *rubella* đặc biệt nguy hiểm đối với phụ nữ có thai. Khi bị mắc bệnh vào 4 tháng đầu tiên của thai kỳ thì thai nhi đang phát triển có nhiều nguy cơ bị thương tổn nặng nề, có thể mắc phải nhiều dị tật khác nhau và tỷ lệ tử vong sau khi sinh ra lên đến khoảng 20%. Nếu mắc bệnh rất sớm sau khi có thai, có nhiều nguy cơ bị sẩy thai.

Trước kia, *rubella* là một bệnh khá phổ biến, nhưng nhờ có tiêm chủng mở rộng nên hiện nay số trường hợp mắc bệnh đã giảm rất nhanh.

Nguyên nhân

- Bệnh gây ra do một chủng *virus* có tên là *Rubivirus*.
- Người mang *virus* có thể làm lây lan bệnh cho nhiều người qua việc đưa *virus* vào không khí. *Virus* tồn tại trong không khí ở dạng những hạt nhỏ lơ lửng và lây nhiễm cho bất cứ ai tiếp xúc.
- Người mẹ mang *virus* cũng lây truyền sang cho con.
- Thời gian ủ bệnh thường là từ 2 – 3 tuần, nhưng thường gặp nhất là khoảng 17 – 18 ngày.

Chẩn đoán

- Thời gian ủ bệnh thường không có triệu chứng gì cả.
- Khi bệnh phát khởi, một số triệu chứng sau đây thường xuất hiện:
 - Sốt nhẹ.
 - Sưng hạch bạch huyết ở phía sau cổ và sau tai, trong một số trường hợp có thể sưng lớn các hạch bạch huyết ở khắp cơ thể, kể cả trong nách và dưới háng.
 - Xuất hiện các vùng ban đỏ không gây ngứa vào khoảng ngày thứ hai hoặc thứ ba, thường bắt đầu từ vùng da mặt, lan đến thân hình và các chi. Triệu chứng phát ban này thường biến mất sau đó khoảng 3 ngày.
 - Một số trường hợp hiếm gặp hơn, có thể có sốt cao, đau đầu trước khi phát ban.
 - Một số trẻ có thể bị đau ở các khớp xương.
- Trong hầu hết trường hợp, các triệu chứng sẽ qua đi và bệnh khỏi nhanh, không để lại di chứng gì. Biến chứng thỉnh thoảng có thể gặp là viêm đa khớp, thường xuất hiện sau khi hết phát ban.
- Đối với phụ nữ có thai mắc bệnh trong khoảng 4 tháng đầu tiên của thai kỳ, bệnh trở nên cực kỳ nguy hiểm với những nguy cơ sau đây:

- Sẩy thai, thường xảy ra khi mắc bệnh sớm ngay sau khi mang thai.
- Thai nhi sẽ mắc phải một hoặc nhiều dị tật bẩm sinh như: điếc, bệnh tim, đần độn, ban xuất huyết, bại não, biến dạng xương, đục thủy tinh thể và một số bệnh khác của mắt. Trẻ sinh ra có tỷ lệ tử vong khoảng 20% ngay từ khi còn nhỏ. Những trẻ còn sống tiếp tục mang *virus* gây bệnh, có nhiều khả năng làm lây nhiễm cho người khác.

Điều trị

- Không có thuốc đặc hiệu. Chủ yếu vẫn là phòng bệnh và điều trị bằng cách theo dõi, kiểm soát các triệu chứng.
- Các triệu chứng bệnh khá mờ nhạt nên phải hết sức chú ý chẩn đoán phân biệt với nhiều bệnh khác có triệu chứng tương tự.
- Chẩn đoán xác định khi cần thiết được thực hiện bằng cách phân ly *virus* từ bệnh phẩm phết họng hoặc xét nghiệm tìm kháng thể chống *virus* trong máu.

Chủng ngừa

Chủng ngừa bệnh *rubella* được thực hiện vào lúc trẻ 9 đến 15 tháng tuổi, hiện nay thường kết hợp cùng lúc với thuốc chủng ngừa bệnh sởi và bệnh quai bị, gọi là mũi

tiêm chủng MMR (MMR = *measles + mumps + rubella*). Mỗi loại bệnh này đều có thuốc chủng ngừa riêng, nhưng sự kết hợp trong một liều MMR tạo điều kiện dễ dàng hơn cho việc chủng ngừa, vì có thể đồng thời bảo vệ trẻ khỏi 3 căn bệnh truyền nhiễm quan trọng. Nếu vì một lý do nào đó, trẻ không được tiêm chủng đúng lịch trong thời gian từ 9 đến 15 tháng tuổi, nhất thiết phải cho trẻ tiêm MMR trước độ tuổi đến trường, nghĩa là khoảng dưới 5 tuổi.

Mặc dù là một bệnh rất phổ biến trước đây, nhưng nhờ có thuốc chủng ngừa, số trường hợp mắc bệnh tại Hoa Kỳ mỗi năm đã giảm từ nhiều ngàn trường hợp xuống còn không đến 360 trường hợp.

Bệnh *rubella* cần đặc biệt lưu ý đối với tất cả phụ nữ mang thai, do tính chất nguy hiểm của bệnh đối với thai nhi. Tất cả phụ nữ khi có thai cần được kiểm tra tình trạng miễn dịch đối với bệnh này, và nếu trước đó chưa được tiêm thuốc chủng ngừa thì nhất thiết phải được tiêm *globulin* miễn dịch ngay.

Phụ nữ có thai cũng cần chú ý hạn chế tối đa việc tiếp xúc với người bị bệnh *rubella*. Nếu là phụ nữ chưa chủng ngừa, sau khi tiếp xúc với người bệnh cần đi khám bệnh ngay. Hiện có thể tạo miễn dịch thụ động trong những trường hợp cần thiết bằng cách tiêm *globulin* miễn dịch, thường là để bảo vệ kịp thời cho thai nhi.

Thuốc chủng ngừa có tác dụng ít nhất là 3 ngày sau khi tiêm. Vì thế, ngay sau khi tiêm thuốc chủng ngừa mà

tiếp xúc ngay với người bệnh là không an toàn. Chú ý không dùng thuốc chủng ngừa cho phụ nữ đã có thai, và phụ nữ sau khi tiêm thuốc chủng ngừa cần được cảnh báo là không nên có thai trong khoảng thời gian 1 tháng sau đó.

Thuốc chủng ngừa có thể gây một vài tác dụng phụ, nhưng nói chung là an toàn. Các triệu chứng có thể có sau khi tiêm thuốc chủng ngừa là:

- Khoảng 1 tuần sau khi tiêm: khó chịu, sốt nhẹ, nổi ban. Sốt co giật có thể có vào lúc này với tỷ lệ thấp đến một phần ngàn.
- Khoảng 3 tuần sau khi tiêm: Sưng tuyến mang tai, có thể xảy ra với tỷ lệ khoảng 1%.
- Viêm não có thể có với tỷ lệ chỉ một trong 300.000 trường hợp tiêm chủng.

HO GÀ

Ho gà là bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp tính đặc biệt nguy hiểm ở trẻ em. Trẻ sơ sinh dưới 6 tháng tuổi có thể chịu ảnh hưởng rất nghiêm trọng do bệnh này. Bệnh gây viêm toàn bộ đường hô hấp. Khoảng 50% trường hợp mắc bệnh này xuất hiện ở trẻ em dưới 2 tuổi. Tuy nhiên, thỉnh thoảng bệnh cũng thấy xuất hiện ở người trưởng thành. Thuốc chủng ngừa đã giúp đẩy lùi căn bệnh này trên toàn thế giới, với số trường hợp bệnh giảm mạnh ở những nơi trẻ được tiêm chủng.

Nguyên nhân

- Bệnh gây ra do một loại vi khuẩn hình que có tên là *Bordetella pertussis*.
- Bệnh lây nhiễm qua đường hô hấp, người bị lây bệnh là do hít phải loại vi khuẩn này trong không khí, do người có bệnh thải ra khi ho, khạc... Do đó, việc tiếp xúc với người bệnh làm tăng nguy cơ mắc bệnh.
- Sự lây lan của bệnh sang người khác rất khó đề phòng, do khả năng lây lan rất cao trong thời gian ủ bệnh của người bệnh, là lúc mà các triệu chứng của bệnh chưa được phát hiện.

Chẩn đoán

- Thời gian ủ bệnh thường kéo dài khoảng 1 tuần, nhưng cũng có khi lâu hơn.
- Sau đó bệnh phát triển thành hai giai đoạn. Giai đoạn đầu tiên kéo dài khoảng từ 7 đến 10 ngày với các triệu chứng sau đây:
 - Cơn ho khan ngắn thường chỉ có vào ban đêm.
 - Chảy mũi nước.
 - Đau mắt.
 - Sốt nhẹ.
- Giai đoạn tiếp theo có thể kéo dài từ 8 đến 12 tuần, với các triệu chứng sau đây:

- Những cơn ho khan từ 10 đến 20 tiếng một lần, xuất hiện cả ngày lẫn đêm.
- Những cơn ho dài dữ dội chấm dứt bằng một tiếng lấy hơi vào thật mạnh rất đặc trưng, do người bệnh không thở được trong khi ho. Với trẻ sơ sinh, không thể nhận ra tiếng lấy hơi này.
- Nôn mửa, gây ra do cơn ho.
- Ngừng thở từng quãng, có thể lâu hơn 10 giây.
- Co giật.
- Nếu ho nhiều có thể gây ra các trường hợp chảy máu mũi, chảy máu những mạch máu ở bề mặt ngoài mắt.
- Nếu người bệnh nôn nhiều có thể gây mất nước, suy dinh dưỡng.
- Trong một số trường hợp, có thể xuất hiện viêm phổi, tràn khí màng phổi, giãn phế quản.
- Chẩn đoán xác định đôi khi có thể cần cấy vi khuẩn gây bệnh. Lấy bệnh phẩm để chẩn đoán bằng cách dùng tăm bông quẹt phía sau mũi trong giai đoạn đầu của bệnh.
- Chụp X quang ngực có thể là cần thiết khi muốn kiểm tra tình trạng của phổi.

Điều trị

- Không có thuốc đặc trị. Kháng sinh không có tác dụng mấy trong giai đoạn ho nhiều. Việc điều trị do đó chủ yếu là theo dõi và kiểm soát các triệu chứng.
- Nếu phát hiện bệnh sớm, dùng *erythromycin* liên tục trong 10 ngày có thể giúp hạn chế khả năng lây bệnh và đồng thời rút ngắn được thời gian bệnh.
- Bảo vệ đường hô hấp cho trẻ có bệnh bằng cách luôn giữ ấm. Tránh những tác nhân có thể kích thích cơn ho, chẳng hạn như khói thuốc lá. Khi trẻ ho nhiều, dùng tay xoa hoặc vỗ nhẹ vào lưng có thể tạo cảm giác dễ chịu hơn cho trẻ.
- Cho trẻ ăn thành nhiều bữa nhỏ trong ngày, không cho ăn quá nhiều trong một bữa.
- Cho trẻ uống thật nhiều nước.
- Ho gà có thể kéo dài nhiều tháng, và có nguy cơ tái phát rất cao trong những năm sau đó. Vì thế, việc chăm sóc, theo dõi bệnh cần được chú ý đúng mức.
- Chuyển bệnh nhân đến điều trị tại bệnh viện ngay khi có các dấu hiệu nghiêm trọng như:
 - Tím tái sau cơn ho.
 - Co giật.
 - Thể trạng suy sụp, rất yếu ớt.

- Ho nhiều và kéo dài không thuyên giảm sau 6 tuần.

Chủng ngừa

Việc chủng ngừa ho gà cho trẻ thường được thực hiện ngay từ khi được 2 – 3 tháng tuổi. Hiện nay, thuốc chủng ngừa được kết hợp cả 3 loại trong một mũi tiêm DTP, bao gồm thuốc chủng ngừa các bệnh bạch hầu (*diphtheria*), uốn ván (*tetanus*) và ho gà (*pertussis*). Trẻ phải được tiêm đủ 3 mũi. Mũi tiêm thứ hai lúc 3 – 4 tháng tuổi và mũi tiêm thứ ba lúc 4 – 5 tháng tuổi. Sau đó, cần tiêm nhắc lại một mũi nữa vào khoảng 4 – 5 tuổi. Thời gian giữa các mũi tiêm có thể thay đổi, nhưng không được rút ngắn hơn 1 tháng.

Chủng ngừa ho gà không đạt hiệu quả bảo vệ tuyệt đối, nghĩa là trẻ vẫn có thể mắc bệnh. Tuy nhiên, mức độ bệnh sẽ nhẹ đi rất nhiều và thời gian bệnh được rút ngắn so với trẻ không được chủng ngừa. Chẳng hạn như, tại Hoa Kỳ hiện nay vẫn ghi nhận mỗi năm khoảng 7.800 trường hợp mắc bệnh ho gà, nhưng số trường hợp tử vong vì bệnh này trung bình mỗi năm chỉ có không đến 5 trường hợp!

Mặt khác, khả năng bảo vệ của thuốc giảm dần theo thời gian, nên cần có những mũi tiêm nhắc lại. Nếu không, người trưởng thành có thể mắc bệnh. Ho gà ở người trưởng thành thường chỉ là bệnh nhẹ, nhưng điều nguy hiểm chính là sự lây nhiễm cho trẻ em.

Chủng ngừa ho gà có thể có một số tác dụng phụ không mong muốn, và một tỷ lệ rất thấp các biến chứng nghiêm trọng. Vì thế, xét theo mức độ nguy hiểm của bệnh này khi mắc phải ở trẻ em thì tỷ lệ rủi ro của thuốc chủng ngừa là hoàn toàn có thể chấp nhận được. Các phản ứng có thể có sau khi chủng ngừa là:

- Sốt nhẹ trong khoảng 1 – 2 ngày. Đây là phản ứng thường gặp nhất và hoàn toàn không có gì đáng lo ngại.
- Trẻ bị kích thích mạnh, co giật. Phản ứng này hiếm gặp, xảy ra với tỷ lệ khoảng 1 trong 100.000 trường hợp.
- Tổn thương não. Đây là trường hợp rất hiếm, xảy ra khoảng một lần trong khoảng 300.000 trường hợp tiêm chủng.
- Để giảm thấp hơn nữa nguy cơ xảy ra các biến chứng nghiêm trọng, cần chú ý không sử dụng thuốc chủng ngừa trong các trường hợp sau:
 - Trẻ có tiền sử bệnh động kinh.
 - Trẻ đang bị sốt cao.
 - Trẻ đã từng có phản ứng với những thuốc chủng ngừa trước đó.
 - Trẻ có dấu hiệu thần kinh không ổn định.

Chỉ thực hiện việc chủng ngừa cho trẻ sau khi đã giải quyết được các vấn đề trên.

VIÊM MÀNG NÃO

Viêm màng não (*meningitis*) có thể gây ra do màng não bị nhiễm vi khuẩn hoặc *virus*. Viêm màng não do *virus* là bệnh thường gặp, khả năng lây nhiễm cao đến mức có thể bùng phát thành dịch, đặc biệt là trong những tháng mùa đông. Viêm màng não do vi khuẩn ít gặp hơn, nhưng lại nghiêm trọng hơn nhiều, có nguy cơ để lại di chứng tổn thương não.

Nguyên nhân

- Bất cứ loại vi khuẩn hay *virus* nào khi tấn công vào màng não đều gây viêm màng não. Mặc dù vậy, hầu hết các trường hợp viêm màng não do vi khuẩn thường rơi vào một trong 3 nhóm sau đây: *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* và *Neisseria meningitidis*.
- Viêm màng não do *meningococcus* là loại thường gặp nhất có thể lây truyền nhanh chóng thành dịch. Viêm màng não do vi khuẩn lao hiện nay rất hiếm gặp do bệnh lao đã được ngừa và trị hiệu quả.

Chẩn đoán

- Dựa vào các triệu chứng như:
 - Sốt cao.
 - Đau đầu dữ dội.

- Buồn nôn hoặc nôn.
 - Cứng gáy, cổ không cúi xuống được.
- Viêm màng não do *virus* thường có triệu chứng trên nhưng xuất hiện nhẹ hơn, nên có vẻ tương tự như bệnh cúm. Ngược lại, viêm màng não do vi khuẩn có biểu hiện cấp tính, các triệu chứng xuất hiện nhanh và nghiêm trọng, bệnh nhân có thể nhanh chóng rơi vào trạng thái lơ mơ rồi hôn mê, trên da có thể nổi ban xuất huyết. Các đốm xuất huyết này khi dùng tay ấn vào vẫn không mất màu.

Điều trị

- Điều trị tùy thuộc vào kết quả chẩn đoán.
- Viêm màng não do *virus* thường không cần điều trị, bệnh thường khỏi nhanh và không để lại di chứng.
- Viêm màng não do vi khuẩn được xem là một trường hợp cấp cứu nội khoa, cần được điều trị ngay bằng kháng sinh thích hợp.
- Nếu điều trị kịp thời, bệnh nhân có nhiều khả năng hồi phục hoàn toàn. Tuy nhiên, vẫn có một số ít trường hợp để lại di chứng tổn thương não.
- Do tính chất nghiêm trọng của căn bệnh, tất cả các trường hợp có dấu hiệu nghi ngờ viêm màng não đều nên được điều trị trong bệnh viện để có đủ điều kiện theo dõi và xử trí kịp thời.

Chủng ngừa

Mặc dù là một bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, nhưng cho đến nay việc chủng ngừa viêm màng não vẫn chỉ mang lại những kết quả rất hạn chế. Nguyên nhân là vì có quá nhiều chủng vi khuẩn gây bệnh nên không thể có một loại thuốc chủng ngừa hiệu quả với tất cả. Mặt khác, thuốc cũng không có tác dụng bảo vệ lâu dài nên không phải là biện pháp khả thi cho tất cả mọi người.

Vì thế, các biện pháp phòng ngừa viêm màng não trong thời gian xảy ra dịch bệnh là vô cùng quan trọng. Cần tránh tiếp xúc với bệnh nhân. Có thể chỉ định kháng sinh dự phòng nếu xét thấy là cần thiết. Chẳng hạn như có thể dùng *rifampicin* (*Rifadin*, *Rimactan...*) với liều 5mg cho mỗi kg thể trọng, 12 giờ một lần trong vòng 2 ngày, dùng cho những ai cần phải tiếp xúc, gần gũi với bệnh nhân.

TINH HỒNG NHIỆT

Bệnh *trình hồng nhiệt* là bệnh truyền nhiễm thường gặp ở trẻ em, còn được gọi là *bệnh ban đỏ*. Bệnh thường gặp nhất ở độ tuổi từ 2 – 10 tuổi. Đặc trưng của bệnh là những vùng đỏ trên da, làm cho toàn thân của trẻ có màu đỏ tươi.

Nhờ có thuốc kháng sinh, bệnh này hầu như đã được loại bỏ ở những nước phát triển.

Nguyên nhân

- Bệnh gây ra do liên cầu khuẩn *Streptococcus* nhóm A, cũng là loại liên cầu khuẩn gây viêm họng.
- Người mang vi khuẩn có thể lây bệnh cho người khác qua tiếp xúc trực tiếp, qua môi trường không khí, hoặc qua sử dụng chung một số đồ dùng.

Chẩn đoán

- Thời gian ủ bệnh thường là khoảng từ 2 đến 4 ngày, đôi khi cũng kéo dài đến 7 ngày. Việc chẩn đoán dựa vào các triệu chứng khi phát bệnh như:
 - Nôn mửa.
 - Sốt cao.
 - Đau họng.
 - Đau đầu.
- Sau khoảng 12 giờ thì các vùng đỏ trên da nổi lên, gồm rất nhiều các đốm nhỏ li ti màu đỏ, thường xuất hiện trước hết ở cổ và ngực, sau đó lan ra rất nhanh nhưng không xuất hiện trên mặt. Vùng xuất hiện dày đặc nhất thường là cổ, nách và dưới háng. Sốt có thể lên cao đến trên 40°C.
- Ban đỏ kéo dài khoảng 6 ngày và sau đó da bị bong ra.

- Hai má ửng đỏ và quanh miệng xuất hiện một vùng tái nhợt thấy rất rõ.
- Trong vài ngày đầu, lưỡi có một lớp bọt trắng dày bao phủ, rồi xuyên qua đó tiếp tục mọc lên những đốm đỏ. Lớp bọt bao phủ này bong ra vào ngày thứ ba hoặc thứ tư, để lộ ra mặt lưỡi màu đỏ tươi với các đốm đỏ vẫn còn mọc lên.
- Chẩn đoán xác định có thể cần cấy vi khuẩn sau khi lấy bệnh phẩm ở họng.

Điều trị

- Điều trị chủ yếu bằng kháng sinh. Có thể chỉ định *penicillin* V 250mg dạng viên uống, mỗi ngày 4 lần.
- Nếu dị ứng với *penicillin*, có thể đổi sang dùng *erythromycin*.
- Liệu trình điều trị có thể kéo dài đến 10 ngày.
- Có thể dùng *paracetamol* với liều thích hợp để giảm nhẹ các triệu chứng.
- Biến chứng của bệnh nếu không được điều trị có thể là *bệnh thấp khớp cấp tính, viêm thận - tiểu cầu thận*. Đôi khi có thể có viêm thận, viêm phổi... Tuy nhiên, việc điều trị bằng kháng sinh đã giúp loại trừ hẳn các nguy cơ này.

TĂNG BẠCH CẦU ĐƠN NHÂN NHIỄM KHUẨN

Tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn (*infectious mononucleosis*) là bệnh truyền nhiễm có đặc điểm gây sốt cao, làm cho trẻ mệt mỏi, uể oải và làm sưng to các hạch bạch huyết. Hạch bạch huyết vùng cổ sưng rất to, có thể sờ thấy ngay bên dưới cằm. Bệnh có thể xuất hiện như những trường hợp riêng biệt, nhưng cũng có thể bùng phát thành dịch bệnh.

Bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi, nhưng thường gặp nhất là ở độ tuổi thanh thiếu niên, nhiều nhất là trong khoảng 15 – 17 tuổi. Thời gian ủ bệnh từ 7 – 10 ngày, thời gian phát bệnh có thể từ 1 – 8 tuần, nhưng thường gặp nhất là trong khoảng từ 2 – 4 tuần. Sau khi khỏi bệnh, bệnh nhân có thể vẫn tiếp tục tình trạng sức khỏe yếu ớt trong nhiều tháng.

Nguyên nhân

- Bệnh gây ra do một loại *virus* có tên là *Epstein-Barr*.
- Cơ chế lây bệnh vẫn chưa được rõ lắm, nhưng vi khuẩn có thể lan truyền dễ dàng qua tiếp xúc trực tiếp như hôn môi, hoặc qua nước bọt của bệnh nhân. Sau khi xâm nhập vào cơ thể, *virus* nhân lên trong các *lympho* bào (bạch cầu đơn nhân) làm cho các tế bào này thay đổi hình dạng.

Chẩn đoán

- Thời gian ủ bệnh từ 7 – 10 ngày. Sau đó, xuất hiện các triệu chứng như:
 - Sốt cao (39°C - 40°C), có thể kéo dài từ vài ngày cho đến vài tuần.
 - Biếng ăn, ăn không ngon, sụt cân nhanh.
 - Mệt mỏi, uể oải.
 - Đau họng, có thể rất nghiêm trọng.
 - Hạch bạch huyết vùng cổ sưng to, cũng có thể ở cả các hạch khác trong cơ thể.
 - Đau đầu.
 - Đôi khi có đau nhức cơ bắp.
 - Trong một số ít trường hợp có những đốm nhỏ nổi thành vùng trên da, có thể là những đốm phẳng hoặc nổi cộm lên bề mặt da.
 - Đau bụng.
 - Lách to.
- Một số biện pháp sau đây có thể được áp dụng trong chẩn đoán xác định bệnh:
 - Công thức máu toàn bộ và phết máu thường cho kết quả tăng bạch cầu trung tính khoảng 10 – 20 x 10⁹/L.
 - Trong máu của bệnh nhân thường xuất hiện kháng thể *heterophile*, được xem là một yếu tố chẩn đoán khá chính xác.

- Xét nghiệm chức năng gan thường cho thấy có bất thường nhưng không nghiêm trọng.
- Xét nghiệm *Monospot* cho kết quả dương tính ở hầu hết các ca bệnh tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn, nhất là khi thực hiện vào khoảng 3 tuần sau khi phát bệnh. Kết quả âm tính giả thường gặp khi xét nghiệm được thực hiện vào tuần đầu tiên.
- Ít khi có biến chứng, nhưng thỉnh thoảng có thể gặp:
 - Viêm gan.
 - Viêm phổi, hiếm gặp hơn.
 - Vỡ lách.
 - Một số vấn đề khác thuộc hệ thần kinh, máu và đường hô hấp.

Điều trị

- Không có thuốc đặc trị. Vì thế, điều trị chủ yếu là theo dõi và kiểm soát các triệu chứng.
- Kháng sinh không có hiệu quả trị bệnh, ngược lại có thể làm cho da nổi mẩn đỏ nhiều hơn.
- Khuyến bệnh nhân nghỉ ngơi, uống nhiều nước, dùng thuốc giảm đau nếu các triệu chứng gây khó chịu nhiều.
- Nếu đau họng nhiều, dùng *metronidazol* 200mg, mỗi ngày 3 lần có thể làm giảm tổn thương ở họng.

- Nếu các triệu chứng kéo dài hoặc nghiêm trọng, dùng *prednisolon* 30mg, mỗi ngày một lần, liên tục trong một tuần.
- Nếu có dấu hiệu trầm cảm nghiêm trọng hơn các triệu chứng khác, có thể dùng một trong các loại thuốc chống trầm cảm như *imipramin* (*Imizin*, *Tofranil...*), *amitriptylin* (*Laroxyl*, *Tryptizol*, *Elavil...*), *desipramin* hay *nortriptylin*.
- Hầu hết các trường hợp bệnh tự khỏi sau khoảng 4 tuần, hoặc cũng có thể kéo dài đến 8 tuần. Một số ít trường hợp có thể có hội chứng mệt mỏi kéo dài, có thể là nhiều tháng. Trong tất cả các trường hợp, cần quan tâm đúng mức đến sự hồi phục sức khỏe của bệnh nhân sau cơn bệnh.

BAN ĐỎ NHIỄM KHUẨN

Ban đỏ nhiễm khuẩn (*erythema infectiosum*) là một bệnh truyền nhiễm dạng nhẹ, gây nhiễm khuẩn đường hô hấp trên, thường gặp nhất ở trẻ em trong độ tuổi từ 5 – 14 tuổi. Tuy nhiên, thỉnh thoảng bệnh cũng thấy xuất hiện ở người trưởng thành, và có thể gây nguy hiểm đặc biệt cho phụ nữ có thai.

Bệnh có thể bùng phát thành dịch do sự lây lan dễ dàng qua tiếp xúc với người bệnh. Vào cuối thế kỷ 19, bệnh này được xếp vào hàng thứ 5 về mức độ phổ biến,

đứng sau các bệnh sởi (*measles*), quai bị (*mumps*), sởi Đức (*rubella*), và thủy đậu (*chickenpox*). Vì thế, bệnh này đôi khi cũng được người phương Tây quen gọi là bệnh thứ năm (*fifth disease*).

Nguyên nhân

- Bệnh gây ra do một chủng *virus* gọi là *pavovirus*.
- Bệnh chỉ có khả năng lây nhiễm trong giai đoạn đầu. Khi người bệnh đã nổi ban đỏ thì khả năng lây nhiễm hầu như không còn nữa. Vì thế, cần hạn chế tối đa việc tiếp xúc với người bệnh trong giai đoạn đầu của bệnh.

Chẩn đoán

- Thời gian ủ bệnh khoảng từ 4 – 14 ngày. Trong giai đoạn đầu tiên này, bệnh nhân thường có sốt nhẹ và cảm giác mệt mỏi, uể oải. Sau đó, các triệu chứng sau đây xuất hiện:
 - Hai gò má nổi lên những vùng đỏ, tương phản với một vùng tái nhợt xung quanh miệng. Vì thế, bệnh này còn được gọi là bệnh đỏ má (*slapped cheek disease*).
 - Sốt.
 - Da nổi đỏ từng vùng, phát triển từ 1 đến 4 ngày sau khi má đã nổi đỏ. Các vùng da đỏ thường xuất hiện nhất ở tay, chân và đôi khi cũng nổi

trên thân mình. Các đốm đỏ dần dần liên kết lại thành vùng hoặc thành từng mảng dài, nhất là trên tay, chân, và thường nổi rõ hơn sau khi tắm nước nóng. Ban đỏ thường kéo dài khoảng từ 7 đến 10 ngày rồi tự khỏi. Tuy nhiên, ban có thể xuất hiện trở lại nếu da bị kích thích, hoặc phơi ra trực tiếp dưới ánh nắng, hoặc một số tác nhân khác như luyện tập thể lực, tắm, hay căng thẳng tâm lý...

- Trong một số trường hợp rất hiếm gặp, có thể có đau khớp.

Điều trị

- Không có thuốc đặc trị cho bệnh này. Do đó, việc điều trị chủ yếu là theo dõi và kiểm soát các triệu chứng.
- Dùng *paracetamol* hoặc *aspirin* với liều thích hợp để làm giảm nhẹ các triệu chứng.
- Kem bôi da *calamin* (có chứa *oxid kẽm*) có thể giúp giảm ngứa trên da.
- Khuyến bệnh nhân nghỉ ngơi và uống thật nhiều nước.
- Ban đỏ nhiễm khuẩn rất ít khi gây ra các biến chứng, nhưng nếu người bệnh có kèm theo các rối loạn về máu, bao gồm các chứng thiếu máu như *thiếu máu hồng cầu liềm*, *thiếu máu Địa Trung Hải*... bệnh có thể sẽ gây thiếu máu nghiêm trọng.

- Bệnh hiếm thấy ở người trưởng thành, nhưng thỉnh thoảng có thể có những trường hợp nghiêm trọng. Nếu phụ nữ mắc bệnh này trong thời gian mang thai, trong một số rất ít trường hợp có thể dẫn đến sẩy thai. Trong một số trường hợp, bệnh có thể gây đau khớp, viêm khớp.
- Bệnh thường tự khỏi và không để lại di chứng, mặc dù các vùng ban đỏ có thể nổi trở lại nhiều lần sau đó khi có các kích thích trên da hoặc khi tiếp xúc trực tiếp với ánh nắng... Tuy nhiên, sau một lần mắc bệnh thì người bệnh thường có khả năng miễn nhiễm lâu dài, rất hiếm khi mắc bệnh lần nữa.

THỦY ĐẬU

Bệnh *thủy đậu*, hay *bệnh đậu mùa*, là một bệnh nhiễm khuẩn nhẹ có đặc điểm tiêu biểu là những vùng da ngứa đỏ rất dễ phân biệt và kèm theo có sốt nhẹ. Bệnh thường gặp ở trẻ em, nhất là trẻ em dưới 10 tuổi. Người trưởng thành hiếm khi mắc bệnh, nhưng khi mắc bệnh thì hầu hết các trường hợp đều nặng, đặc biệt là phụ nữ có thai có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến thai nhi. Tại Hoa Kỳ, ước tính trung bình mỗi năm có khoảng hơn 4 triệu trường hợp mắc bệnh, và khoảng 95% người Mỹ khi đến tuổi trưởng thành đều đã từng trải qua căn bệnh này. Hiện thuốc chủng ngừa thủy đậu đã được sử dụng nhưng vẫn còn trong giai đoạn tiếp tục nghiên cứu phát triển.

Nguyên nhân

- Bệnh gây ra do một chủng *virus herpes* có tên là *varicella-zoster*.
- Bệnh lây nhiễm mạnh trong giai đoạn khoảng 2 ngày trước khi các triệu chứng xuất hiện và kéo dài khoảng 7 ngày khi đã phát bệnh. Trong giai đoạn này, cần có các biện pháp đặc biệt để phòng lây nhiễm.
- *Virus* gây bệnh lây truyền qua môi trường không khí, do người bệnh đưa vào khi ho, hắt hơi... Tiếp xúc trực tiếp như cầm nắm các vật dụng có *virus* bám vào cũng có thể bị lây bệnh.

Chẩn đoán

- Thời gian ủ bệnh thường kéo dài khoảng 2 tuần. Sau đó, các triệu chứng sau đây xuất hiện:
 - Sốt nhẹ hoặc đau đầu, có thể là khoảng vài giờ trước khi bắt đầu nổi lên các vùng ban đỏ trên da.
 - Nổi lên các vùng ban đỏ trên da, chủ yếu là trên thân mình, gồm rất nhiều các nốt nhỏ li ti rồi nhanh chóng phát triển thành các mụn nước gây ngứa, có đường kính khoảng 2 – 3mm. Do bị ngứa, người bệnh có thể gãi nhiều làm trầy xước da và góp phần làm cho các vùng ban đỏ lan nhanh

ra khắp cơ thể, cho đến lòng bàn tay, bàn chân, niêm mạc miệng, da đầu... đều có thể có ban đỏ.

- Sau thời gian phát bệnh khoảng 2 – 10 ngày, các mụn nước khô đi và đóng thành các vảy nhỏ phía trên của mụn.
- Các nốt đỏ như trên có thể nổi lên thành nhiều đợt nổi tiếp nhau.
- Đôi khi có những nốt đỏ xuất hiện quanh vùng miệng và phát triển thành các vết loét làm cho việc ăn uống trở nên khó khăn.
- Trong một vài trường hợp có thể có ho dữ dội. Bệnh phát triển ở người trưởng thành có thể gây viêm phổi nặng, khó thở và sốt cao.

Điều trị

- Không có thuốc đặc trị. Việc điều trị chủ yếu là theo dõi và kiểm soát các triệu chứng. Đa số trường hợp bệnh tự khỏi, nhưng bệnh nhân cần tiếp tục được nghỉ ngơi khoảng 7 – 10 ngày sau đó. Thường thì những người bệnh trưởng thành phải nghỉ ngơi nhiều hơn trẻ em.
- Khuyến bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường, hạn chế tiếp xúc với nhiều người khác, nhất là phụ nữ có thai vào 3 tháng cuối của thai kỳ.
- Dùng *paracetamol* với liều thích hợp để làm hạ sốt và giảm bớt cảm giác khó chịu. Không bao giờ cho

người bệnh dùng *aspirin* hoặc các loại *acid salicylic* khác vì có thể tăng nguy cơ mắc phải hội chứng *Reye*.

- Giải thích cho người bệnh hiểu là không nên cào gãi nhiều làm trầy xước da. Cho dùng các loại kem bôi ngoài da như *calamin* để giảm ngứa, hoặc cho người bệnh tắm trong dung dịch nước ấm có pha một nắm *soda bicarbonat*.
- Mặc quần áo thoáng mát, vì ủ nóng cơ thể có vẻ như làm cho các chấm thủy đậu càng ngứa hơn.
- Nếu có chốc trên da, dùng *acid fusidic* bôi mỗi ngày 3 lần, hoặc dùng *flucloxacillin* dạng viên uống.
- Thuốc kháng *histamin* dạng viên uống đôi khi cũng có thể dùng để giảm ngứa.
- Các trường hợp nặng có thể điều trị với *acyclovir*, nhất là khi người bệnh có kèm theo bệnh chàm da.
- Các trường hợp nhiễm trùng thứ phát trên da có thể điều trị bằng kháng sinh thích hợp.
- Các trường hợp có dấu hiệu suy yếu hệ miễn dịch cần đề nghị chuyển ngay đến bệnh viện để theo dõi điều trị. Có thể cần phải tiêm truyền *globulin* miễn dịch đối với bệnh thủy đậu và bệnh *zona (varicella zoster immune globulin)*.

- Khi người bệnh có các dấu hiệu đặc biệt sau đây, cũng cần xem xét ngay việc chuyển đến điều trị tại bệnh viện:
 - Ho nhiều.
 - Co giật.
 - Thở nhanh.
 - Trẻ rơi vào trạng thái lơ mơ khác thường.
 - Sốt kéo dài hoặc tái phát nhiều cơn.
 - Bước đi không vững.
 - Có mủ chảy ra từ các mụn trên da.
 - Vùng da bao quanh các mụn đỏ cũng chuyển sang màu đỏ.
- Các trường hợp có nguy cơ biến chứng cao có thể cần điều trị với *acyclovir* tiêm tĩnh mạch liên tục trong 5 ngày và cần được theo dõi tại bệnh viện.
- Bệnh thủy đậu ở trẻ em thường nhẹ và tự khỏi sau khoảng 7 – 10 ngày, ít khi có biến chứng. Tuy nhiên, trong một số trường hợp có thể xảy ra:
 - Tái nhiễm vi khuẩn *Streptococcus* qua các vết trầy xước trên cơ thể do trẻ bị ngứa và cào gãi. Trẻ em có *bệnh chàm* đặc biệt càng dễ nhiễm khuẩn hơn.
 - Viêm phổi và viêm não, nhưng viêm não rất hiếm gặp. Những trẻ em dễ gặp phải các biến chứng này là những trẻ em có hệ miễn dịch suy yếu (do

đang sử dụng hóa trị liệu hoặc đang uống các loại *corticosteroid* chẳng hạn) và trẻ sơ sinh, thường mắc bệnh do người mẹ đã nhiễm bệnh vào cuối thai kỳ.

- Sau khi khỏi bệnh, người bệnh có khả năng miễn dịch tự nhiên khá lâu đối với bệnh này, nhưng *virus* có khả năng vẫn tiếp tục trú ẩn trong các mô thần kinh để sau đó hoạt động trở lại gây bệnh *zona* (còn gọi là bệnh *herpes zoster*).
- Hội chứng *Reye* mắc phải ngay sau cơn bệnh là trường hợp rất hiếm gặp, nhưng nếu có sẽ cực kỳ nghiêm trọng, có thể dẫn đến tử vong.

Chủng ngừa

Cho đến nay, thuốc chủng ngừa bệnh thủy đậu vẫn còn là vấn đề nghiên cứu chưa hoàn chỉnh. Hình thức miễn dịch thông dụng hiện nay là miễn dịch thụ động được tạo ra bằng cách tiêm truyền huyết thanh miễn dịch đối với bệnh thủy đậu và bệnh *zona* (*varicella zoster immune globulin*), chỉ được áp dụng hạn chế với một số ca bệnh nghiêm trọng hoặc có nguy cơ biến chứng cao. Mặc dù vậy, trong con số ước tính hơn 4 triệu trường hợp bệnh thủy đậu mỗi năm tại Hoa Kỳ, vẫn có đến khoảng 100 trường hợp tử vong vì bệnh này.

Thuốc chủng ngừa thủy đậu được chính thức sử dụng tại Hoa Kỳ từ năm 1995, có thể dùng cho trẻ từ 12 tháng tuổi trở lên cũng như những người lớn tuổi chưa từng

mắc bệnh này. Theo kết quả nghiên cứu, Cơ quan quản lý Thực, Dược phẩm Hoa Kỳ (*The United States Food and Drug Administration – FDA*) cho biết là loại thuốc chủng ngừa này được dự đoán sẽ có hiệu quả ngăn ngừa khoảng 70% – 90% trường hợp mắc bệnh. Mặc dù người được chủng ngừa vẫn mắc bệnh, nhưng với một dạng rất nhẹ và sau khi khỏi bệnh thì được miễn nhiễm với bệnh.

Tuy nhiên, tác dụng của thuốc chủng ngừa trên thực tế vẫn chưa được chính thức ghi nhận, và các nhà khoa học vẫn chưa quyết định chính xác được là thuốc có thể tạo sự miễn dịch suốt đời hay khả năng miễn dịch sẽ giảm dần theo thời gian. Và nếu như khả năng miễn dịch giảm dần theo thời gian, thì những đứa trẻ được chủng ngừa khi lớn lên vẫn có khả năng bị mắc bệnh.

Khi chưa có những câu trả lời chắc chắn và thỏa đáng từ phía các nhà nghiên cứu thì đối với bệnh thủy đậu hiện nay việc phòng bệnh, ngăn ngừa lây nhiễm vẫn là biện pháp cần phải chú ý hàng đầu.

CÚM

Bệnh cúm (*influenza*) đôi khi vẫn quen gọi là cảm cúm, là một bệnh do nhiễm khuẩn đường hô hấp, dễ dàng lây lan và bộc phát thành dịch ở từng vùng. Các triệu chứng đôi khi tương tự với chứng cảm lạnh. Trong hầu hết các trường hợp, bệnh tự khỏi sau khoảng một tuần. Tuy nhiên, với những người bệnh có thể trạng kém hoặc suy yếu hệ miễn dịch, bệnh có thể gây ra nhiều biến

chứng nguy hiểm. Hơn nữa, mức độ nguy hiểm của bệnh không phải lúc nào cũng như nhau. Trong lần bùng phát thành dịch năm 1918 ở Tây Ban Nha, bệnh cúm đã gây tử vong cho hàng triệu thanh niên đang độ tuổi khỏe mạnh. Đây là trận dịch cúm tồi tệ nhất đã từng được ghi nhận trên toàn thế giới. Trong những năm 1918 – 1919, riêng tại Hoa Kỳ có hơn nửa triệu người chết vì bệnh cúm, và số tử vong vì trận dịch này trên toàn thế giới là hơn 20 triệu người.

Ngoài *virus* gây bệnh cúm ở người, trong tự nhiên còn có rất nhiều loại *virus* gây bệnh cúm ở lợn, ngựa, động vật có vú, cho đến chim chóc, gia cầm... Một nguy cơ mới vừa phát sinh gần đây do sự biến dạng của các chủng *virus* gây bệnh cúm. Năm 1997, lần đầu tiên tại Hồng Kông người ta đã phát hiện ra một loại *virus* gây bệnh cúm ở gà đã biến dạng và gây bệnh ở người. Cho đến nay đã xảy ra dịch nhỏ ở nhiều nước trên thế giới do *virus* cúm gà biến dạng thành một loại *virus* có thể gây bệnh cho người. Hiện có nhiều tranh cãi về khả năng lây lan trực tiếp từ người sang người. Và nếu điều này thực sự xảy ra, bệnh cúm sẽ trở thành một tai họa khủng khiếp cho con người.

Nguyên nhân

- *Virus* gây bệnh cúm rất đa dạng. Nhìn chung, hiện các loại *virus* gây bệnh cúm được phân thành 3 dòng chính gọi là *virus* cúm A, *virus* cúm B và *virus* cúm C.

- *Virus* cúm A: là dòng *virus* nguy hiểm nhất, bao gồm nhiều loại *virus* gây bệnh cúm ở động vật có vú và các loài chim. Đa số các trường hợp bệnh cúm ở người là do *virus* thuộc dòng này gây ra, với nguy cơ bùng phát thành dịch rất cao.
 - *Virus* cúm B: là dòng *virus* có thể gây bệnh cúm ở người và các loài chim, với những triệu chứng bệnh nhẹ hơn so với *virus* cúm A nhưng cũng có khả năng phát triển thành dịch bệnh.
 - *Virus* cúm C: là dòng *virus* chỉ thuần túy gây bệnh cúm ở người. Các triệu chứng bệnh rất nhẹ, tương tự như cảm lạnh, đôi khi hoàn toàn không có triệu chứng. Dòng *virus* này hoàn toàn không phát triển thành dịch bệnh.
- Sau khi mắc bệnh cúm một lần, cơ thể có khả năng miễn dịch đối với loại *virus* đã gây bệnh. Tuy nhiên, do các dòng *virus* A và B liên tục thay đổi, nhất là *virus* cúm A có thể thường xuyên tạo thành các loại *virus* mới, nên người đã mắc bệnh cúm vẫn có thể mắc bệnh lần nữa khi tiếp xúc với loài *virus* mới đã thay đổi khác hơn trước đó.
- *Virus* cúm A nguy hiểm hơn, thường gây ra các triệu chứng bệnh nặng nề hơn và cũng làm cho người bệnh suy nhược nhiều hơn.
- *Virus* cúm lây lan dễ dàng và nhanh chóng qua

môi trường không khí cũng như qua những tiếp xúc trực tiếp với người bệnh, hoặc dùng chung các vật dụng.

Chẩn đoán

- Bệnh phát triển nhanh, sau khi nhiễm *virus* thì thời gian ủ bệnh là khoảng 1 – 2 ngày. Trong thời gian này, chưa có bất cứ triệu chứng nào.
- Các triệu chứng tiêu biểu khi phát bệnh là:
 - Rùng mình, cảm giác ớn lạnh.
 - Sốt cao khoảng 39°C.
 - Đau đầu.
 - Đau nhức cơ bắp và các khớp, mỏi mệt.
 - Ho khan.
 - Đau ngực.
 - Đau họng.
 - Nghẹt mũi hoặc chảy nước mũi.
 - Biếng ăn, ăn không ngon.
 - Đôi khi có buồn nôn hoặc nôn nhưng không kèm theo tiêu chảy.
- Trong hầu hết các trường hợp, nếu không có biến chứng thì các triệu chứng sẽ bắt đầu giảm nhẹ sau 3 ngày, và dứt hẳn sau khoảng 7 – 10 ngày. Tuy nhiên, sự mệt mỏi và ho có thể còn kéo dài cho đến một vài tuần hoặc lâu hơn nữa.

- Các trường hợp biến chứng có thể là viêm phổi cấp tính (có nguy cơ tử vong) hoặc nhiễm trùng lan rộng đến thanh quản, khí quản, phế quản, xoang, tai giữa...
- Bệnh cúm thường làm nặng thêm một số bệnh sẵn có, chẳng hạn như hen (suyễn), viêm phế quản mạn tính, viêm tai mạn tính...
- Nếu cơ thể đã nhiễm *virus Herpes simplex* trong tình trạng ngủ yên, bệnh cúm có thể kích hoạt *virus* này gây ra những mụn nước quanh miệng.

Điều trị

- Không có thuốc đặc trị. Việc điều trị chủ yếu là theo dõi và kiểm soát các triệu chứng.
- Khuyến người bệnh nghỉ ngơi nhiều và tránh tiếp xúc với người khác. Uống nhiều nước, ăn thức ăn nhẹ, dễ tiêu và cố gắng ăn làm nhiều lần, vì mỗi lần người bệnh thường không ăn được nhiều.
- Ngâm nước ấm để giảm đau họng. Nồi xông hơi nước có thể giúp giảm nhẹ các triệu chứng ở phổi.
- Dùng *paracetamol* với liều thích hợp để giảm nhẹ triệu chứng, nhưng không bao giờ cho người bệnh dùng *aspirin* vì có thể làm tăng nguy cơ gây hội chứng *Reye*.
- Các đối tượng có sức khỏe kém, trẻ em, người già, người có hệ miễn dịch suy giảm, người có bệnh tim,

- cần được theo dõi kỹ ngay từ khi có những triệu chứng đầu tiên. Nếu có điều kiện, nên điều trị tại bệnh viện để có thể xử trí kịp thời các biến chứng.
- Tuy không phải là thuốc điều trị được bệnh cúm, nhưng các loại thuốc sau đây có thể giúp giảm nhẹ mức độ và hạn chế sự phát triển của bệnh:
 - Thuốc *amantadin* (*Symmetrel*) hoặc *rimantadin* (*Flumadin*) dạng viên uống có thể làm giảm nhẹ bệnh do *virus* cúm A nhưng không có tác dụng đối với *virus* cúm B, và chỉ hiệu quả khi được sử dụng ngay trong vòng 24 giờ sau khi xuất hiện các triệu chứng.
 - Thuốc *oseltamivir* (*Tamiflu*) dạng viên uống và *zanamivir* (*Relenza*) dạng thuốc hít có thể có tác dụng với cả *virus* cúm A và *virus* cúm B.
- Khi có dấu hiệu bội nhiễm vi khuẩn, có thể sử dụng loại kháng sinh thích hợp để điều trị.
- Sau khi khỏi bệnh cúm, viêm phế quản-phổi thường gặp ở người già yếu hoặc suy nhược, với các triệu chứng đáng ngờ là ho có đờm, hụt hơi, đau ngực hoặc sốt kéo dài. Điều trị với *flucloxacillin* 500mg dạng viên uống, mỗi ngày 4 lần.

Chủng ngừa

Thuốc chủng ngừa bệnh cúm là một thách thức lớn đối với toàn nhân loại. Đây là một trong số ít bệnh phổ biến

đến mức hầu như không có một ai chưa từng mắc phải. Và nhiều người trong chúng ta thường xuyên mắc bệnh cúm nhiều lần trong đời. Mỗi người trưởng thành trung bình có thể mắc bệnh cúm từ 2 – 3 lần trong một năm, trong khi trẻ em có thể mắc bệnh đến 10 lần trong một năm. Vì thế, những nỗ lực nghiên cứu y học đã tập trung vào việc tìm ra thuốc chủng ngừa bệnh cúm nhiều hơn là đi tìm một loại thuốc điều trị bệnh này.

Thuốc chủng ngừa được tạo ra từ *virus* cúm A và *virus* cúm B đã chết có hiệu quả đến 70% trong việc phòng bệnh, và khả quan hơn nhiều trong việc ngăn ngừa các biến chứng nguy hiểm của bệnh. Tuy vậy, những trở ngại hiện nay chưa thể vượt qua là:

- Do sự thay đổi nhanh chóng của các dòng *virus* cúm, nên thuốc chủng ngừa muốn duy trì hiệu quả cũng cần được thay đổi mỗi năm để đáp ứng đúng với các loại *virus* đang gây bệnh. Nói một cách khác, loại thuốc chủng ngừa rất hiệu quả của năm này sẽ có thể không còn hiệu quả trong năm tới, do các *virus* gây bệnh đã biến đổi. Do đòi hỏi nghiên cứu và thay đổi liên tục như thế, nên thuốc chủng ngừa hầu như không thể được sản xuất đại trà với giá thành rẻ và kịp thời cung cấp đủ cho quảng đại quần chúng.
- Cũng do sự thay đổi của *virus*, nên tác dụng của thuốc chủng ngừa không thể kéo dài mà chỉ hạn chế trong một thời gian ngắn. Như vậy, để ngăn

ngừa một cách hiệu quả bệnh cúm, mỗi người đều phải được chủng ngừa ít nhất mỗi năm một lần. Điều này làm cho giải pháp chủng ngừa trở nên thiếu tính khả thi đối với đông đảo quần chúng, do vấn đề chi phí cũng như lượng thuốc đáp ứng.

Hiện các nghiên cứu y học vẫn chưa giải quyết được các vấn đề này. Do đó, thuốc chủng ngừa vẫn chỉ là giải pháp ưu tiên cho một số đối tượng hạn chế, chẳng hạn như các đối tượng có sức khỏe kém, hệ miễn dịch suy yếu, hoặc có nhiều nguy cơ xảy ra biến chứng.

Trong khi đó, giải pháp khả thi đối với tất cả mọi người vẫn là phòng bệnh bằng cách hạn chế lây nhiễm, chăm sóc tốt người bệnh để phòng ngừa các biến chứng do suy yếu sức khỏe. Một số người đề nghị sử dụng *vitamin* liều cao, nhất là *vitamin* C để tăng cường sức đề kháng. Tuy nhiên, giải pháp này chưa có chứng cứ khoa học về hiệu quả của nó.

SỐT RÉT

Bệnh sốt rét (*malaria*) là một bệnh nhiễm ký sinh trùng lây lan qua vật chủ trung gian là muỗi *Anophele* khi loài muỗi này chích hút máu của người bệnh và sau đó chích vào cơ thể những người khỏe mạnh. Trước đây, sốt rét là một bệnh khá phổ biến ở khắp nơi, nhưng ngày nay thì Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ghi nhận khoảng 100 quốc gia chịu ảnh hưởng đáng kể của bệnh này. Hầu hết

là thuộc các vùng nhiệt đới và cận nhiệt đới, đặc biệt là các quốc gia Đông Nam Á và một phần châu Phi. Tại Bắc Mỹ, đợt bùng phát cuối cùng của bệnh sốt rét được ghi nhận vào thập niên 1880. Từ đó đến nay, sốt rét không còn là bệnh phổ biến ở vùng này nữa.

Mỗi năm, trên toàn thế giới có khoảng hơn 300 triệu trường hợp mắc bệnh sốt rét được ghi nhận, và trong số này thì có khoảng 1,5 triệu trường hợp tử vong vì sốt rét. Vì thế, nhìn chung thì bệnh sốt rét vẫn còn là một trong những mối lo ngại lớn của toàn nhân loại, đặc biệt là ở các nước chậm phát triển.

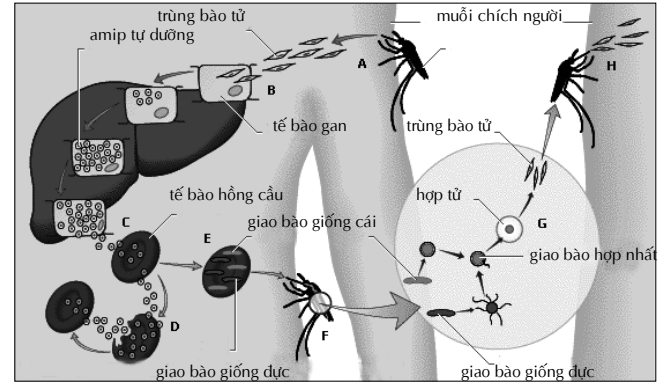
Ký sinh trùng gây bệnh sốt rét có thể phát triển khả năng kháng thuốc. Vì thế, việc điều trị ngày càng khó khăn hơn khi các loại thuốc hiệu quả trước đây dần dần không còn tác dụng nữa.

Nguyên nhân

- Bệnh sốt rét ở người gây ra do bốn loại ký sinh trùng thuộc chủng *Plasmodium*:
 - *Plasmodium falciparum* là loại phổ biến nhất ở vùng nhiệt đới và lây truyền chủ yếu trong mùa mưa. Đây là loại ký sinh trùng gây bệnh nguy hiểm nhất, chiếm khoảng một nửa số trường hợp mắc bệnh, và chiếm đến 90% số trường hợp tử vong vì bệnh này.

- *Plasmodium vivax* là loại có khả năng lây lan rộng nhất, ở cả những vùng khí hậu nhiệt đới cũng như khí hậu ôn đới.
 - *Plasmodium malariae* cũng xuất hiện ở cả những vùng khí hậu nhiệt đới và khí hậu ôn đới, nhưng với mức độ ít hơn so với *Plasmodium vivax*.
 - *Plasmodium ovale* là loại hiếm gặp nhất, chỉ sống được ở vùng nhiệt đới và được tìm thấy chủ yếu ở miền đông châu Phi.
- Toàn thế giới có khoảng 390 loại muỗi thuộc chủng *Anophele*, trong đó có khoảng 60 loại truyền bệnh sốt rét, và thường thì ở mỗi vùng sốt rét chỉ có khoảng một hay hai loại chính làm lây truyền bệnh.
 - Ký sinh trùng gây bệnh sốt rét trải qua một chu kỳ sinh trưởng khá phức tạp bao gồm một giai đoạn ở muỗi và một giai đoạn ở người:
 - A.** Khi một con muỗi cái *Anophele* bị nhiễm ký sinh trùng gây bệnh sốt rét, nó sẽ lây nhiễm cho người bị nó chích bằng cách đưa vào máu của người ấy các bào tử (*sporozoite*) của ký sinh trùng.
 - B.** Các bào tử sau khi vào máu thì theo máu đến cư trú tại gan. Tại đây, chúng sinh sản theo lối vô tính bằng cách tự tách đôi thành 2 tế bào mới dạng *amíp tự dưỡng* gọi là *merozoite*.

- C. Các *merozoite* này rời khỏi gan đi vào vòng tuần hoàn và bắt đầu xâm nhập vào các tế bào hồng cầu.
- D. Trong tế bào hồng cầu, *merozoite* sinh sản nhanh chóng bằng hình thức phân sinh, làm cho số lượng tăng lên rất nhanh, và cuối cùng chúng làm vỡ tế bào hồng cầu.
- E. Khi tế bào hồng cầu vỡ, một số *merozoite* tiếp tục xâm nhập vào các tế bào hồng cầu khác, trong khi một số khác phát triển trong máu thành các giao bào (*gametocyte*) có giới tính.
- F. Các giao bào giống đực và giao bào giống cái đều sẽ đi vào cơ thể muỗi *Anophele* khi muỗi chích hút máu người bệnh.
- G. Khi đã vào cơ thể muỗi, các giao bào trưởng thành tại đây và bắt đầu sinh sản bằng cách kết hợp giao bào giống cái với giao bào giống đực, tạo thành các hợp tử (*zygote*).
- H. Các hợp tử (*zygote*) tiếp tục phát triển thành bào tử (*sporozoite*) và chờ đợi được đưa vào máu người để bắt đầu một chu kỳ sinh sản mới. (Xem hình minh họa trang bên)



CHU KỶ SINH TRƯỞNG CỦA KÝ SINH TRÙNG SỐT RÉT

Chẩn đoán

- Thời gian ủ bệnh thường là khoảng từ 1 – 2 tuần, nhưng cũng có thể kéo dài đến một tháng. Trong trường hợp người nhiễm ký sinh trùng đã dùng thuốc chống sốt rét nhưng không đủ liều để trừ bệnh, thời gian ủ bệnh có thể kéo dài đến một năm.
- Triệu chứng tiêu biểu là những cơn rét run xen kẽ với những lần sốt rất cao, có thể trên 40°C. Khi các tế bào hồng cầu bị phá vỡ hàng loạt, chúng thải vào trong máu nhiều chất thải, chất độc... Cơ thể phản ứng tạo thành cơn sốt cao. Vì thế, cơn sốt rét bắt đầu bằng cơn lạnh đột ngột, và không bao lâu sau đó là cơn sốt cao, vã mồ hôi và thân nhiệt hạ xuống rất nhanh.

- Những cơn sốt rét đầu tiên thường xuất hiện xen kẽ nhau trong khoảng 12 giờ. Sau đó, người bệnh hoàn toàn kiệt sức, thường là nằm liệt tại giường.
- Những cơn sốt rét nối tiếp nhau dễ dàng dẫn đến tình trạng thiếu máu nghiêm trọng do tốc độ phá vỡ hồng cầu quá nhanh.
- Khoảng cách giữa những cơn sốt rét tùy thuộc vào loại ký sinh trùng gây bệnh. Với các loại *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, và *Plasmodium ovale*, thời gian tiêu biểu là khoảng 2 ngày một lần, có nghĩa là 2 cơn sốt rét cách nhau một ngày, dân gian thường gọi là sốt cách nhật. Với sốt rét gây ra do ký sinh trùng *Plasmodium malariae*, trung bình khoảng 3 ngày bệnh nhân lại lên cơn sốt rét một lần.
- Chẩn đoán xác định nhất thiết phải qua xét nghiệm máu, vừa để xác định bệnh, vừa để xác định chính xác loại ký sinh trùng gây bệnh, mới có cơ sở để điều trị hiệu quả. Trong một số trường hợp, kết quả xét nghiệm có thể phát hiện ký sinh trùng gây bệnh sốt rét ngay cả khi người bệnh chưa xuất hiện bất cứ triệu chứng nào.
- Nếu các triệu chứng rất rõ nét nhưng xét nghiệm máu cho kết quả âm tính, cần tiếp tục thực hiện nhiều lần nữa. Máu máu được lấy khoảng 6 – 12 giờ một lần, cũng có thể chọn lấy vào lúc bệnh nhân đang sốt cao. Kết quả âm tính ở người bệnh sốt rét

thường xuất hiện khi người bệnh đã dùng một loại thuốc điều trị sốt rét nào đó.

Điều trị

- Chọn dùng một trong các loại thuốc chống sốt rét như *Quinin*, *Chloroquin*, *Primaquin*, *Proguanil*, *Pyrimetamin*... Có thể dùng kết hợp khi có dấu hiệu ký sinh trùng đã đề kháng với một loại thuốc nào đó.
- Người bệnh cần được chăm sóc tốt để tránh suy sụp sức khỏe. Các trường hợp bệnh nặng có thể cần được truyền máu.
- Một số thuốc chống sốt rét được bào chế bằng cách kết hợp hai hay nhiều loại thuốc trong cùng một viên, có thể tăng thêm hiệu quả điều trị và giảm thấp khả năng bị kháng thuốc, chẳng hạn như *Fansidar*, *Aralen*, *Camoprim*, *Metakelfin*, *Daraclor*...
- Để việc điều trị đạt hiệu quả, nhất thiết phải dùng đúng và đủ liều. Không được ngừng thuốc khi hết sốt, vì ký sinh trùng vẫn chưa bị tiêu diệt hết, do đó khả năng tái phát cao và càng khó điều trị hơn.
- Phương án điều trị dự phòng, nghĩa là dùng thuốc khi chưa nhiễm bệnh, được áp dụng với những người có nguy cơ nhiễm bệnh cao, chẳng hạn như người đi vào vùng sốt rét... Không được dùng thuốc *Quinin* trong điều trị dự phòng.

- Các biện pháp phòng ngừa cần được áp dụng triệt để ở những vùng có nhiều nguy cơ nhiễm bệnh, bao gồm:
 - Diệt muỗi.
 - Bảo vệ cơ thể không để cho muỗi chích: mặc quần áo dài, ngủ màn (mùng), hun khói vào buổi chiều...
 - Dùng thuốc chống sốt rét khi có nguy cơ nhiễm bệnh cao.

CHỐC

Chốc là bệnh nhiễm trùng ngoài da rất dễ lây lan, thường gặp ở trẻ em. Tuy nhiên, người trưởng thành đôi khi cũng mắc phải. Chốc thường xuất hiện trước tiên ở những vùng da như mặt, bàn tay, cánh tay, chân... Sau đó lan ra các vùng chung quanh do người bệnh cào gãi.

Nguyên nhân

- Bệnh gây ra do vi khuẩn *Streptococcus* nhóm A hay *Staphylococcus*.
- Sự xâm nhập của vi khuẩn qua da thường bắt đầu từ một tổn thương trên da như vết cắt, vết lở do mụn rộp, vùng da bị chàm, bị cào gãi trầy xước...
- Bệnh phát triển dễ dàng và lây lan nhanh trong thời tiết nóng.

- Bệnh lây lan do tiếp xúc trực tiếp với người bệnh hoặc do dùng chung các đồ vật, dụng cụ...

Chẩn đoán

- Bệnh khởi đầu với các mụn nước màu đỏ xuất hiện trên da. Các mụn này dễ vỡ, và khi vỡ ra thì tạo thành một vùng da ẩm, rỉ nước, dần dần khô lại thành những vảy màu vàng sậm, hay màu mật ong. Chỗ đóng vảy có thể khô hoặc tiếp tục rỉ nước.
- Chốc phát triển ở vùng da quanh miệng thường rất dễ nhầm với các mụn rộp môi gây ra do *virus Herpes simplex*. Tuy nhiên, mụn rộp môi thường nhỏ hơn so với chốc.
- Vùng da bị bệnh có thể lan rộng ra, hoặc tiếp tục xuất hiện những vùng da bệnh khác trên cơ thể.
- Các trường hợp nặng có thể làm sưng các hạch bạch huyết vùng cổ, nách... tùy theo vị trí vùng da bị bệnh, có thể kèm theo sốt.
- Các biến chứng có thể có là nhiễm trùng huyết, viêm cầu thận...

Điều trị

- Dùng xà phòng diệt trùng và nước ấm để rửa sạch vùng da bị bệnh, đồng thời làm mềm các lớp vảy khô cứng. Sau đó lau khô.

- Dùng thuốc mỡ hoặc kem có chứa kháng sinh bôi lên vùng tổn thương mỗi ngày 3 – 4 lần.
- Khuyên người bệnh, đặc biệt là trẻ em, không nên cào gãi nhiều vì sẽ làm tổn thương da và làm lan nhanh các vùng da bị bệnh.
- Các trường hợp nặng hoặc nhiễm trùng lan rộng, có thể dùng kèm kháng sinh dạng viên uống, chẳng hạn như *flucloxacillin* 250mg mỗi ngày 4 lần trong 5 ngày. Bệnh nhân dị ứng với *penicillin* có thể thay bằng *erythromycin*.
- Song song với việc điều trị, các vật dụng cá nhân của người bệnh như khăn, gối, chăn, màn... cần phải được vệ sinh và khử trùng triệt để, tốt nhất là nấu qua nước sôi.

Phòng ngừa

- Khi có xuất hiện chốc, tuyệt đối không dùng chung các vật dụng cá nhân với người bệnh.
- Hạn chế tối đa các tiếp xúc trực tiếp với người bệnh, nhất là trẻ em không nên chơi chung với trẻ có bệnh.
- Trẻ em đang đến trường có thể phải nghỉ học khi bị chốc, nhưng một khi đã tiến hành việc điều trị thì không cần thiết phải nghỉ học nữa.

MỤN RỘP Ở MÔI

Mụn rộp ở môi là những mụn nước nhỏ, phát triển quanh miệng, thường tập trung thành từng cụm. Bệnh gây ra do một chủng *virus* gọi là *Herpes simplex*.

Loài *virus* này phổ biến đến nỗi hầu hết mọi người đều đã từng bị nhiễm (hơn 90% dân số thế giới). Tuy nhiên, trong đa số trường hợp thì *virus* không gây ra bất cứ triệu chứng bệnh nào. Chúng thường ngủ yên trong các mô thần kinh và chờ đợi các điều kiện kích hoạt để gây bệnh.

Nguyên nhân

- Nguyên nhân trực tiếp là *virus Herpes simplex*. Tuy nhiên, không phải tất cả những ai nhiễm *virus* đều phát triển thành bệnh, nên phải xét tới các nguyên nhân kích hoạt sự hoạt động của *virus*.
- Mụn rộp môi có thể bị thúc đẩy phát triển nhanh khi có các điều kiện sau đây:
 - Bị nhiễm trùng nặng.
 - Tâm lý căng thẳng, lo lắng hay xúc động mạnh.
 - Tiếp xúc trực tiếp với ánh nắng hay gió lạnh.
 - Bệnh cúm.
 - Cơ thể suy nhược, kiệt sức.
 - Phụ nữ vào những ngày sắp có kinh nguyệt.

Chẩn đoán

- Chẩn đoán chủ yếu dựa vào quan sát trực tiếp các tổn thương. *Virus* gây bệnh có thể được xác định qua quan sát chất dịch của mụn nước dưới kính hiển vi điện tử, nhưng điều này thường không cần thiết.
- Triệu chứng đầu tiên thường là cảm giác ngứa ran ở quanh miệng, thường vào khoảng từ 4 đến 12 giờ trước khi bắt đầu xuất hiện các mụn rộp.
- Các mụn rộp nhỏ bắt đầu nổi lên, có thể ngứa hoặc đau, được bao quanh bởi một vùng da viêm đỏ nhẹ.
- Trong khoảng vài ngày thì các mụn này vỡ ra và hình thành những vẩy cứng ở giữa.
- Sau vài tuần thì tất cả đều mất đi và bệnh tự khỏi.

Điều trị

- Không có thuốc đặc trị cũng như không có cách nào để ngăn ngừa việc nhiễm *virus*. Việc điều trị chủ yếu là giúp giảm nhẹ các triệu chứng và hạn chế các điều kiện kích hoạt sự hoạt động của *virus*.
- Giảm nhẹ sự khó chịu bằng thuốc giảm đau dạng viên uống hoặc kem bôi tại chỗ, chẳng hạn như *idoxuridin*.
- Thuốc kháng *virus*, *acyclovir*, dạng uống có thể giúp

- ngăn các đợt bộc phát của mụn rộp, nhưng ít có khả năng loại trừ được hoàn toàn *virus*.
- Dạng kem bôi trực tiếp *acyclovir*, dùng mỗi ngày 5 lần, có thể có hiệu quả nếu được dùng ngay vào giai đoạn phát triển đầu tiên của mụn.
- Trong trường hợp có tổn thương bên trong miệng hoặc mụn rộp phát triển nhiều trong miệng, dùng *valaciclovir* dạng viên uống 500mg, mỗi ngày 2 lần, hoặc *acyclovir* dạng huyền dịch 200mg (5ml) cho trẻ trên 2 tuổi, 100mg (2,5ml) cho trẻ dưới 2 tuổi, dùng mỗi ngày 5 lần, liên tục trong 5 ngày.

BỆNH ZONA

Bệnh *zona* (*shingles*) hay còn gọi là bệnh *herpes zoster*, là một bệnh do nhiễm *virus*, gây ra do chính loại *virus* gây bệnh thủy đậu, *virus varicella-zoster*.

Bệnh *zona* có mức độ phổ biến khá cao. Tại Hoa Kỳ, khoảng 20% dân số mắc bệnh này vào một thời điểm nào đó trong đời, và mỗi năm đều có khoảng nửa triệu người mắc bệnh. Tỷ lệ mắc bệnh gia tăng theo độ tuổi và thường gặp hơn ở những người bị tổn thương hoặc suy yếu hệ miễn dịch.

Nguyên nhân

- Nguyên nhân trực tiếp là do *virus varicella-zoster*, nhưng cơ chế gây bệnh đến nay vẫn chưa được hoàn toàn làm rõ.

- Lý thuyết được chấp nhận hiện nay cho rằng sau khi mắc bệnh thủy đậu, *virus varicella-zoster* xâm nhập vào các mô thần kinh ở một trong 2 bên của cột sống. Vì lý do này mà bệnh zona luôn phát triển ở một bên cơ thể. *Virus* cư trú trong các mô thần kinh nhiều năm dưới sự khống chế của hệ miễn dịch cơ thể. Khi có một lý do nào đó làm cho hệ miễn dịch của cơ thể suy yếu, chẳng hạn như tuổi già, bệnh tật, thương tổn... *virus* sẽ bắt đầu hoạt động và gây viêm các tế bào thần kinh. Các mụn nước sẽ bắt đầu phát triển trên vùng da nằm ngay bên trên các tế bào thần kinh bị viêm, tạo thành hiện tượng ban *zona* đặc trưng của bệnh này.

Chẩn đoán

- Ban đầu, người bệnh thấy ngứa râm ran, hoặc có thể là cảm giác đau rát ở vùng bị bệnh. Trong vòng 24 giờ sau đó, tại đây sẽ nổi lên hàng loạt mụn rộp. Ban đầu thường chỉ là những mụn nhỏ màu đỏ, sau đó trở thành sẩn ngứa, rồi bong nước, và dần dần phát triển thành mụn mủ, đóng vảy cứng, và cuối cùng thành sẹo.
- Ban *zona* thường chỉ xuất hiện về một bên của thân hình, thường gặp nhất là những vùng lan rộng từ nửa trên của cột sống cho đến lồng ngực, nhưng các vùng da ở mặt, ở bụng và tay chân đôi khi cũng chịu ảnh hưởng.

- Ban *zona* thường tự khỏi sau vài tuần, không có biến chứng gì. Khoảng 50% số người bị bệnh *zona* sau tuổi 60 có thể bị đau và dễ kích thích ở vùng da bị bệnh, kéo dài đến 6 tháng.
- Một lần nổi ban *zona* có thể tạo khả năng miễn dịch suốt đời đối với bệnh này.
- Các biến chứng có thể gặp là:
 - Nhiễm khuẩn thứ phát trên da, thường là do các mụn nước bị cào gãi trầy xước, với các mảng da tróc vàng hay đóng vảy.
 - Chứng đau dây thần kinh kéo dài sau khi ban đã dứt, thường gặp ở người lớn tuổi.

Điều trị

- Thường dùng thuốc giảm đau để làm giảm nhẹ triệu chứng.
- Khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn thứ phát, điều trị bằng thuốc mỡ hoặc kem có chứa kháng sinh bôi trên da, hoặc dùng viên uống *flucloxacillin* 250mg mỗi ngày 4 lần.
- Để điều trị đau dây thần kinh sau khi ban đã dứt, dùng *amitriptylin* 25mg vào mỗi buổi tối, tăng liều đến 25mg mỗi ngày 3 lần đối với các bệnh nhân trẻ tuổi. Cũng có thể thay bằng *carbamazepin* 100mg mỗi ngày, có thể tăng liều đến 100mg, mỗi ngày 4 lần.

- Đã có chứng cứ cho thấy những cơn đau gây ra do bệnh *zona* có thể được giảm nhẹ khi dùng *valaciclovir* dạng viên uống với liều 1g, mỗi ngày 3 lần, liên tục trong 7 ngày ở các bệnh nhân trên 50 tuổi, trong vòng 72 giờ ngay sau khi các triệu chứng xuất hiện.
- Nếu vùng ban *zona* liên quan đến mắt, nên chuyển bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa mắt để kiểm tra. Nếu các vùng ban lan rộng nhanh chóng, nên đề nghị bệnh nhân vào điều trị tại bệnh viện.

NHỌT

Nhot là một trường hợp nhiễm trùng da phổ biến, hình thành một hoặc nhiều vùng da bị viêm chứa đầy mủ, thường là nhiễm trùng nang lông. Vị trí nổi nhot thường là phía sau cổ hoặc các vùng da ẩm như nách, bẹn... nhưng cũng có thể là bất cứ vị trí nào trên cơ thể. Trái với cách nghĩ của nhiều người, nhot không phải là kết quả của việc vệ sinh da kém, mà là do lây nhiễm vi khuẩn từ những nguồn không xác định được.

Nguyên nhân

- Nguyên nhân thường gặp là do nhiễm vi khuẩn *Staphylococcus aureus*. Thông thường, loại vi khuẩn này vẫn cư trú trong mũi cũng như có rất nhiều trong môi trường không khí, trong nước, bám trên

da... Tuy nhiên, để gây bệnh thì vi khuẩn này cần có nhiều điều kiện thuận lợi khác.

- Vi khuẩn thường xâm nhập vào da qua các lỗ chân lông hoặc các vết thương nhỏ. Những người có hệ miễn dịch suy yếu, người bệnh tiểu đường, hoặc những người mà da có nhiều chất nhờn thường dễ bị nhọt hơn.

Chẩn đoán

- Triệu chứng khởi đầu là một chỗ sưng nhỏ dưới da, làm cho da trở nên nhạy cảm hơn. Chỗ sưng lan rộng dần và vùng da này trở nên đỏ, đau, sờ vào thấy hơi nóng ẩm.
- Dần dần, ở giữa nhot trở nên mềm hơn và có bọng mủ.
- Trong khoảng vài ba ngày, lượng mủ tăng dần và tự thoát lên bề mặt của nhot, tạo thành một điểm nhỏ màu vàng, hay còn gọi là đầu nhot.
- Khi đầu nhot vỡ, mủ thoát ra thì cảm giác đau nhức do bọng mủ được giảm nhẹ.
- Có thể có viêm mạch bạch huyết nếu như nhot xuất hiện ở khu vực có hạch bạch huyết.
- Đôi khi cần lấy bệnh phẩm là mủ trong nhot để cấy vi khuẩn nhằm xác định loại kháng sinh hợp lý để

điều trị. Kiểm tra *glucose* niệu để loại trừ bệnh tiểu đường.

- Thông thường nốt tự khỏi sau khoảng 1 – 2 tuần.
- Nếu nốt thường xuyên tái phát, dùng tấm bông ngoáy mũi lấy bệnh phẩm để xác định việc bệnh nhân mang vi khuẩn gây nốt trong người.

Điều trị

- Không dùng tay nặn mụn hay cố làm vỡ nốt, vì có thể làm nhiễm trùng lan rộng.
- Dùng thuốc giảm đau nếu nốt gây đau nhiều.
- Dùng kem bôi da có *sulphat magnesi* để bôi lên nốt, có thể giúp nốt mau vỡ miệng và cũng mau lành hơn.
- Sau khi nốt vỡ miệng và thoát mủ, cần rửa sạch với xà phòng diệt khuẩn và nước ấm, sau đó dùng gạc khô băng lại để bảo vệ vùng da này không bị nhiễm trùng.
- Với các nốt quá lớn hoặc căng tức và gây đau quá lâu, có thể dùng *chlorid ethyl* xịt lên gây tê rồi dùng dao mổ rạch nốt, nặn nhẹ cho mủ thoát ra. Sau đó băng lại bằng gạc khô.
- Nếu có dấu hiệu viêm mạch bạch huyết, cho dùng *flucloxacillin* 250mg, mỗi ngày 4 lần, liên tục trong 5 ngày.

- Nếu xác định người bệnh mang vi khuẩn *Staphylococcus* (gây tái phát thường xuyên) thì cho dùng kem *naseptin* và *flucloxacillin* dạng viên uống. Hướng dẫn người bệnh dùng xà phòng diệt khuẩn để tắm trong vòng 2 tuần.
- Với các nốt lớn bất thường, gây đau nhức nhiều, hoặc kéo dài trên 2 tuần, nên chuyển đến bác sĩ chuyên khoa để xác định nguyên nhân và điều trị.

VIÊM GAN A

Viêm gan A là loại bệnh truyền nhiễm phổ biến ở hầu hết các quốc gia trên thế giới. Đặc biệt, các nước nghèo hoặc đang phát triển có tỷ lệ mắc bệnh này vượt xa các nước phát triển. Tuy nhiên, ngay cả ở những nước phát triển thì hiện nay vẫn chưa khống chế được hoàn toàn sự lây lan của căn bệnh này. Nếu không có sự phòng ngừa hoặc kiểm soát kịp thời, viêm gan A rất dễ dàng bộc phát thành những vụ dịch lan tràn khắp vùng.

Đầu năm 1988, bệnh viêm gan A đột nhiên bộc phát nhanh chóng tại Thượng Hải. Trong vòng 2 tháng, hơn 300.000 người đã mắc bệnh.

Tại Hoa Kỳ, viêm gan A bộc phát thành dịch khoảng 10 năm một lần, và gần đây nhất là vào năm 1995 đã có hàng trăm ngàn người cùng lúc nhiễm bệnh chỉ trong vòng một vài tháng. Mỗi năm, tại Hoa Kỳ có khoảng từ 125.000 đến 200.000 người nhiễm bệnh này.

Nguyên nhân

- *Virus* gây bệnh viêm gan A lần đầu tiên được nhận dạng vào năm 1973 và được gọi tên là *Hepatitis A*, thường gọi tắt là *HAV (Hepatitis A virus)*. *Virus* này sinh trưởng nhanh và rất dễ lây lan trong môi trường, qua thức ăn, nước uống, các chất thải...
- *Virus* gây bệnh viêm gan A có nhiều trong mô hôi, nước bọt, nước tiểu, nhưng nhiều nhất là trong phân của người bệnh.
- Trong tự nhiên, *HAV* hiện diện hầu như ở khắp nơi, nhưng nhiều nhất là ở những nơi có điều kiện vệ sinh môi trường kém.
- Khi *HAV* theo thức ăn hoặc nước uống xâm nhập vào cơ thể, chúng tập trung ở các tế bào gan và sinh trưởng cực nhanh. Từ đó, một số lớn vi khuẩn sẽ theo ống dẫn mật xuống đường ruột và theo phân đi ra ngoài.
- *HAV* có một lớp vỏ bọc rất kiên cố, có thể giúp chúng sống sót được trong nhiều năm với nhiệt độ lạnh đến âm 20°C. Nếu bị làm khô đi, *HAV* vẫn có thể tiếp tục giữ nguyên vẹn trạng thái trong nhiều tuần.
- Với sự tồn tại và lan truyền dễ dàng trong tự nhiên, các vùng bùn lầy nước đọng có thể là nơi tập trung

- HAV*. Từ đó, chúng xâm nhập vào cơ thể các loài sinh vật sống ở đây và tồn tại trong đó. Khi con người bắt lấy các loài sò, ốc, tôm, cua... để ăn, có thể sẽ bị nhiễm *HAV*. Ngay cả việc tắm trong các ao hồ cũng có thể là nguyên nhân nhiễm bệnh.
- Thức ăn nấu kỹ có thể diệt được *HAV* khá dễ dàng, vì chỉ cần nhiệt độ trên 85°C kéo dài hơn một phút là chúng sẽ bị tiêu hủy.
 - Nói tóm lại, các nguồn lây nhiễm chính của viêm gan A là nước uống không đun sôi, thức ăn không nấu chín hoàn toàn hoặc ăn sống như rau cải, trái cây, và tiếp xúc trực tiếp với người bệnh hoặc các đồ dùng của người bệnh có mang *virus*.
 - Khả năng lây lan chủ yếu của người mang *virus* là khoảng thời gian 2 tuần trước khi xuất hiện các triệu chứng. Vào giai đoạn hồi phục của bệnh nhân thì khả năng lây lan không còn nữa.

Chẩn đoán

- Thời gian ủ bệnh thay đổi từ 15 – 50 ngày.
- Phần lớn các trường hợp viêm gan A xuất hiện ở trẻ em thường không có triệu chứng. Đôi khi, người trưởng thành cũng có thể mắc bệnh mà không có hoặc có rất ít các triệu chứng.
- Trong trường hợp phát triển các triệu chứng, những triệu chứng sau đây thường gặp nhất:

- Cảm giác khó chịu đột ngột.
 - Sốt.
 - Buồn nôn.
 - Đau bụng.
 - Biếng ăn.
 - Tiêu chảy, phân có màu xanh.
 - Đau khớp.
 - Vàng da, vàng mắt (củng mạc).
 - Nước tiểu sậm màu.
- Một số dấu hiệu khác có thể có là:
- Lách to.
 - Gan mềm và khó sờ nắn.
- Các triệu chứng trên thường rất nhẹ, thậm chí đôi khi rất dễ nhầm lẫn với một trường hợp cảm cúm. Vì thế, chẩn đoán xác định thường phải dựa vào một số xét nghiệm đặc trưng:
- Xét nghiệm chức năng gan (*LFT*) khi có vàng da, sẽ thấy men *ALT* (*Alanine amino transferase*) và *bilirubin* tăng cao trong một thời gian ngắn. Nếu bệnh chuyển sang dạng tái phát (*relapsing hepatitis*), men *ALT* sẽ gia tăng và hạ thấp theo từng chu kỳ.
 - Xét nghiệm máu tìm kháng thể chống *virus* viêm gan A (*HAV-IgM*). Kháng thể này tăng cao trong

- vòng 7 – 10 ngày ở những trường hợp viêm gan A dạng ác tính (*fulminant hepatitis*).
- Xét nghiệm nước tiểu có *bilirubin*, ngay cả trong các trường hợp không vàng da.
 - Công thức máu toàn bộ cho thấy có tăng *lympho bào*.
- Nếu thời gian đông máu (*Prothrombin time*) gia tăng là dấu hiệu cho thấy có suy gan.
- Chỉ có khoảng 0,3% số bệnh nhân viêm gan A có nguy cơ chuyển sang thể ác tính, với các dấu hiệu như:
- Đau đầu.
 - Sốt cao, thân nhiệt thay đổi bất thường.
 - Nôn mửa và tiêu chảy.
- Một số rất ít trường hợp chuyển sang thể vàng da ứ mật (*cholestatic hepatitis*). Trong những trường hợp này, bệnh nhân phát triển dấu hiệu vàng da, vàng mắt kéo dài từ 1 – 3 tháng, ngay cả khi xét nghiệm cho thấy men gan đã trở lại bình thường. Bệnh không đáng lo ngại, vì thường diễn biến theo chiều hướng tốt với sự hồi phục dần dần của bệnh nhân.

Điều trị

- Không có thuốc đặc trị viêm gan A. Việc điều trị chủ yếu là theo dõi và kiểm soát các triệu chứng.

- Người bệnh cần được nghỉ ngơi nhiều. Sử dụng thuốc giảm đau với liều thích hợp để làm giảm nhẹ các triệu chứng như đau cơ, khớp, đau bụng...
- Trong hầu hết các trường hợp, bệnh kéo dài trong khoảng từ 2 – 14 ngày rồi tự khỏi. Các trường hợp chuyển sang thể ác tính thường kéo dài trong khoảng 3 – 6 tuần. Tuy nhiên, trạng thái mệt mỏi nói chung có thể kéo dài sau đó đến 2 – 3 tháng.
- Hướng dẫn bệnh nhân chế độ dinh dưỡng hợp lý để tạo điều kiện hồi phục, đồng thời tuyệt đối không uống rượu ít nhất là trong vòng 6 tháng.
- Bệnh nhân đã mắc bệnh viêm gan A một lần, sau khi khỏi bệnh sẽ có khả năng miễn dịch tự nhiên đối với bệnh này.

Chủng ngừa

Thuốc chủng ngừa viêm gan A hiện đã được sử dụng rộng rãi với hiệu quả cao, khả năng tạo miễn dịch kéo dài đến 7 – 8 năm hoặc có thể là suốt đời. Nguyên nhân duy nhất hạn chế việc sử dụng thuốc chủng ngừa cho tất cả mọi người chỉ là vấn đề chi phí. Trong điều kiện thực tế, khi chưa có khả năng tiêm chủng cho tất cả mọi người, các đối tượng sau đây cần được ưu tiên sử dụng thuốc chủng ngừa:

- Trẻ em sinh trưởng ở những vùng có nguy cơ

nhiễm bệnh cao, hoặc phải đến sống ở những vùng này.

- Người có nhu cầu đi đến và lưu trú tại các vùng đang có nguy cơ nhiễm bệnh.
- Người lớn tuổi, già yếu hoặc suy nhược, khi thử máu không có sự hiện diện của kháng thể chống virus gây bệnh viêm gan A (*HAV-IgG*).
- Những người do nghề nghiệp phải tiếp xúc với môi trường có khả năng lây nhiễm cao, vệ sinh môi trường kém...
- Những người do nghề nghiệp phải thường xuyên tiếp xúc với bệnh nhân.

Thuốc chủng ngừa thường cần phải tiêm 2 mũi, cách nhau từ 6 – 12 tháng. Thời gian miễn dịch đã được đảm bảo chắc chắn là 7 – 8 năm, cho dù một số nghiên cứu cho rằng thuốc có hiệu lực suốt đời.

Thuốc chủng ngừa chỉ bắt đầu có hiệu lực khoảng 4 tuần sau khi tiêm, vì đây là thời gian cần thiết để cơ thể tạo ra kháng thể *HAV-IgG*. Trong những trường hợp cần có hiệu quả tức thời, người ta thường sử dụng huyết thanh miễn dịch (*immune globulin*) để tạo khả năng miễn dịch ngay sau khi tiêm thuốc.

VIÊM GAN B

Viêm gan B là bệnh truyền nhiễm hiện có ở khắp nơi trên thế giới, với mức độ nguy hiểm vượt xa so với bệnh viêm gan A. Hiện trên thế giới có khoảng 300 triệu người

đang mắc bệnh viêm gan B mạn tính, và ước tính mỗi năm có chừng 250 ngàn trường hợp tử vong.

Riêng ở Việt Nam, số người nhiễm *virus* gây bệnh viêm gan B được ước tính là khoảng từ 15% đến 20% dân số. Khoảng 10% trong số này có nguy cơ phát triển thành viêm gan B mạn tính.

Viêm gan B tiến triển có thể gây ra xơ gan và việc sử dụng rượu, bia càng thúc đẩy quá trình này xảy ra nhanh hơn. Viêm gan B cũng là một trong những nguyên nhân chính gây ra viêm gan cấp tính (*acute hepatitis*) và ung thư gan (*liver cancer*).

Nguyên nhân

- Bệnh viêm gan B gây ra do một loại *virus* thuộc nhóm *Hepadnavirus*, là một trong những loại *virus* có kích thước nhỏ nhất hiện đã được biết. Được nhận biết lần đầu tiên vào năm 1970 qua kính hiển vi điện tử, loại *virus* này có đường kính 42nm,⁽¹⁾ được gọi tên là *virus* viêm gan B (*hepatitis B virus* – *HBV*).
- Mặc dù có kích thước cực nhỏ, *virus* viêm gan B có một lớp vỏ rất chắc chắn để bảo vệ nên có thể sống trong thiên nhiên rất lâu mà không bị thay đổi. Môi trường lạnh đến âm 20°C kéo dài 15 năm không gây

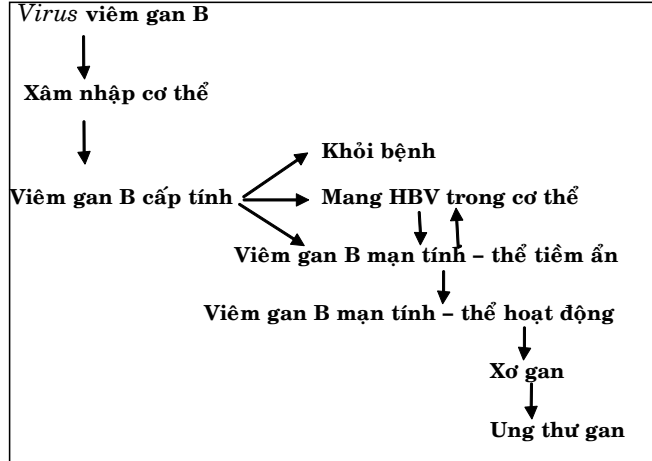
⁽¹⁾ *Nanometer*, viết tắt là *nm*, đơn vị đo lường có giá trị chiều dài cực nhỏ, chỉ bằng 1 phần tỷ của mét.

tác hại cho *HBV*. Nếu nhiệt độ xuống đến âm 80°C, *HBV* có thể chịu đựng được 2 năm. Với điều kiện nhiệt độ bình thường trong phòng, *HBV* có thể sống được 6 tháng, và nếu như bị làm khô trong vòng từ 3 đến 4 tuần, *HBV* vẫn giữ nguyên được khả năng tàn phá tế bào gan khi xâm nhập vào cơ thể.

- *Virus* viêm gan B tập trung chủ yếu trong máu người bệnh. Trong các mô và dịch tiết của cơ thể cũng có *virus*, nhưng ít hơn.
- *Virus* viêm gan B sẽ bị tiêu diệt nếu đun sôi ở 100°C trong vòng từ 1 đến 5 phút. Một số hoá chất có khả năng diệt *virus* này là *glutaraldehyd*, *chloroform* hoặc *formalin*. Các biện pháp như tia cực tím (*ultraviolet radiation*), *ether* hoặc cồn không đủ mạnh để diệt được *HBV*.
- *Virus* viêm gan B lây lan chủ yếu qua đường máu, các loại kim tiêm không tiệt trùng và hoạt động tình dục. Tuy nhiên, mọi tiếp xúc trực tiếp với người bệnh hoặc dùng chung các vật dụng, dụng cụ... cũng đều có khả năng lây lan bệnh, nhất là khi có các vết trầy xước ngoài da.

Chẩn đoán

- Các giai đoạn diễn tiến của viêm gan B được mô tả tóm gọn trong biểu đồ sau đây:



- Trong biểu đồ diễn tiến trên, ta thấy sau khi HBV xâm nhập vào cơ thể, người bệnh sẽ phát triển thành viêm gan B cấp tính. Do các triệu chứng quá mờ nhạt, nên rất nhiều bệnh nhân hoàn toàn không được phát hiện trong giai đoạn này.
- Thời gian ủ bệnh thường kéo dài từ 1 – 4 tháng hoặc lâu hơn, tùy thuộc vào số lượng *virus* bị nhiễm vào cơ thể. Nói chung, số lượng *virus* càng lớn thì thời gian ủ bệnh càng ngắn.
- Giai đoạn cấp tính cũng khác nhau ở từng trường hợp bệnh. Khoảng 50% hoàn toàn không có triệu chứng gì. Khoảng 40% có thể có các triệu chứng như mệt mỏi, đau nhức tứ chi, cơ thể khó chịu, hơi

nóng sốt, da bị ngứa hoặc nổi mề đay... Người bệnh thường uể oải, mất sức, miệng nhạt đắng, buồn nôn, ăn mất ngon. Một số bệnh nhân cảm thấy đau bụng ở phần trên, dưới hạ sườn phải. Một khi da trở nên vàng hoặc nước tiểu trở nên sậm màu, những triệu chứng đau nhức ban đầu tự nhiên sẽ giảm dần một cách nhanh chóng. Lúc này, bệnh nhân cảm thấy rất khỏe mặc dù da vẫn trở nên ngày một vàng hơn. Trạng thái này thường kéo dài từ 1 đến 3 tháng.

- Sau giai đoạn cấp tính, hầu hết người bệnh sẽ tự khỏi mà không để lại di chứng gì. Một số ít tuy khỏi bệnh nhưng tiếp tục mang HBV trong người và trở thành nguồn lây nhiễm cho người khác cũng như cho chính mình, vì có thể vào một lúc nào đó họ sẽ nhiễm bệnh trở lại ở dạng viêm gan B mạn tính. Chỉ có khoảng 10% trường hợp chuyển sang viêm gan B mạn tính.
- Giai đoạn mạn tính tiềm ẩn kéo dài rất lâu, có thể là từ 15 – 35 năm. Trong giai đoạn này, HBV âm thầm sinh sản tràn ngập trong cơ thể người bệnh mà không có bất cứ dấu hiệu bệnh nào. Sau đó, bệnh chuyển sang giai đoạn hoạt động, thường là do hệ miễn dịch của cơ thể vì một lý do nào đó bắt đầu nhận ra và tấn công HBV. Tuy nhiên, do *virus* đã sinh sản quá nhiều nên khả năng khỏi bệnh là hầu như không có. Bệnh bắt đầu chuyển dần sang các giai đoạn xơ gan và ung thư gan.

- Do các triệu chứng của bệnh viêm gan B thường rất mờ nhạt, thậm chí nhiều khi không có. Vì thế, việc chẩn đoán chủ yếu phải dựa vào các kết quả xét nghiệm.
- Xét nghiệm thường cho thấy hàm lượng các men *ALT* (*Alanine amino transferase*) và *AST* (*Aspartate amino transferase*) trong máu tăng cao, thường từ 5 – 8 lần so với hàm lượng bình thường. Tuy nhiên, kết quả này chưa có ý nghĩa chẩn đoán xác định.
- Ngoài ra, có thể cần thực hiện xét nghiệm máu để tìm:
 - Kháng nguyên bề mặt của *virus* viêm gan B (*Hepatitis B surface antigen – HBsAg*). Kết quả xét nghiệm dương tính sẽ xác nhận việc nhiễm *virus* viêm gan B. *HBsAg* tăng nhanh trong vòng từ 1 – 10 tuần sau khi nhiễm bệnh. Khi cơ thể vượt qua giai đoạn bệnh, *HBsAg* sẽ giảm dần và hoàn toàn biến mất trong vòng từ 4 đến 6 tháng. Nếu *HBsAg* không mất đi mà tiếp tục hiện diện lâu hơn 6 tháng, điều đó có nghĩa là bệnh đã phát triển thành viêm gan B mạn tính (*chronic hepatitis*). Có khoảng chừng 10% số trường hợp mắc bệnh chuyển sang thể mạn tính.
 - Kháng thể chống kháng nguyên bề mặt của *HBV* (*Hepatitis B surface antibody – HBsAb*). Sự hiện

- diện của kháng thể này cho thấy cơ thể đã có khả năng chống lại *HBV*, hay nói cách khác, kết quả chẩn đoán là không có viêm gan B vì người này đã có khả năng miễn dịch (*immune*) với bệnh. Tuy nhiên, trong thực tế do có nhiều chủng *virus* gây viêm gan B khác nhau, nên trong một số ít trường hợp (khoảng 25%) người mang kháng thể *HbsAb* vẫn có thể mắc bệnh viêm gan B nếu gặp phải một chủng *virus* khác. Khi trường hợp này xảy ra, cả 2 xét nghiệm tìm *HbsAg* và *HbsAb* đều cho kết quả dương tính. Và như vậy kết quả chẩn đoán là có viêm gan B.
- Kháng thể chống lại kháng nguyên của nhân *HBV* (*Hepatitis B core Antibody – HBcAb*). Có 2 kháng thể thuộc loại này: *HBcAb IgM* và *HBcAb IgG*. *HBcAb IgM* là loại kháng thể xuất hiện và gia tăng nồng độ rất nhanh trong thời gian bị viêm gan B dạng cấp tính. Sau khi đẩy lùi giai đoạn bệnh, nồng độ kháng thể này trong máu sẽ giảm dần. *HBcAb IgG* là loại kháng thể phát sinh và tồn tại lâu dài trong cơ thể, tạo ra khả năng miễn dịch lâu dài đối với *HBV*. *HBcAb IgM* cũng tăng cao khi bệnh tái phát. Vì thế, theo dõi kháng thể này trong máu có thể giúp hiểu được diễn tiến của bệnh.
 - Ngoài ra, một số phương pháp chẩn đoán khác cũng có thể cần được áp dụng để xác định bệnh và tình

trạng diễn tiến của bệnh, chẳng hạn như phương pháp siêu âm gan (*ultrasonography*), *CT scan*, *liver-spleen scan* hoặc sinh thiết gan (*liver biopsy*).

Điều trị

- Hiện chưa có thuốc điều trị đặc hiệu. Việc điều trị viêm gan B tùy thuộc vào giai đoạn diễn tiến của bệnh.
- Giai đoạn viêm gan B cấp tính hoàn toàn không có thuốc điều trị. Người bệnh cần được nghỉ ngơi, với chế độ dinh dưỡng đầy đủ, nhiều chất dinh dưỡng, dễ tiêu hóa. Có đến 90% số bệnh nhân sẽ tự khỏi hoàn toàn không cần điều trị. Việc dùng thuốc không đúng chỉ định trong giai đoạn này thường chỉ có hại cho cơ thể.
- Sau giai đoạn cấp tính, cần thực hiện đầy đủ các xét nghiệm chẩn đoán để xác định việc bệnh nhân khỏi bệnh hoàn toàn hay chuyển sang giai đoạn mạn tính. Kết quả chắc chắn thường chỉ có thể có được sau đó khoảng 6 tháng, nên việc theo dõi bệnh nhân sau giai đoạn bệnh là cực kỳ quan trọng.
- Giai đoạn viêm gan chuyển sang mạn tính (chiếm khoảng 10% các trường hợp) hoàn toàn không có triệu chứng bệnh, chủ yếu được chẩn đoán xác định dựa vào các xét nghiệm như đã trình bày ở trên. Việc điều trị trong giai đoạn này nhằm mục đích

ngăn cản sự sinh trưởng của HBV trong cơ thể người bệnh. Hiện có 2 loại thuốc được dùng phổ biến là:

- *Interferon*, dạng tiêm dưới da (*subcutaneous injection*), mỗi tuần 3 ống, liên tục từ 6 tháng – 1 năm. Thuốc có một số phản ứng phụ nên nhất thiết phải được sử dụng với sự chỉ định và theo dõi của bác sĩ. Với liều điều trị này, khoảng 30% bệnh nhân đạt được kết quả chặn đứng sự sinh trưởng của HBV. Kết quả này là khá hạn chế, nên có nơi đã áp dụng liều điều trị mạnh hơn, mỗi ngày một ống trước khi đi ngủ, liên tục trong 4 tháng, đạt kết quả dứt bệnh ở khoảng 40% bệnh nhân. Tuy nhiên, do các tác dụng phụ của thuốc nặng hơn nên việc theo dõi khi điều trị rất cần thiết.
- *Lamivudine (EpiVir-HBV)* dạng viên uống, mỗi ngày một viên, liên tục từ 8 – 12 tháng. Thuốc có giá thành rẻ hơn so với *Interferon*, dễ sử dụng hơn và các tác dụng phụ nhẹ hơn. Tuy nhiên, nhược điểm của thuốc là chỉ làm giảm mức độ sinh trưởng của *virus* chứ không giúp khỏi bệnh hoàn toàn. Ngoài ra, thuốc có ảnh hưởng đến bào thai nên không được dùng cho phụ nữ có thai. Phụ nữ đang điều trị bằng thuốc này cũng được khuyên là không nên có thai.
- Khi bệnh đã chuyển sang giai đoạn gây thương tổn cho gan, việc điều trị thường không còn hiệu quả

nữa, chủ yếu chỉ là chăm sóc sức khỏe người bệnh và hạn chế tối đa các yếu tố thúc đẩy nhanh tiến trình của bệnh, chẳng hạn như thuốc lá, rượu, sinh hoạt thất thường, thiếu nghỉ ngơi...

Chủng ngừa

Hiện đã có thuốc chủng ngừa bệnh viêm gan B với hiệu quả lên đến hơn 90% trường hợp, với tác dụng bảo vệ kéo dài. Tuy nhiên, do trở ngại về mặt chi phí, thuốc chủng ngừa viêm gan B hiện vẫn chưa được tất cả mọi người sử dụng. Tuy nhiên, đây quả là một điều rất đáng tiếc, vì nếu xét theo những tổn thất nghiêm trọng mà căn bệnh này đã và đang gây ra cho con người, thì chi phí chủng ngừa quả thật vẫn còn rẻ hơn rất nhiều.

Trong điều kiện hiện tại, khi chưa thể chủng ngừa cho tất cả mọi người, các đối tượng sau đây nên ưu tiên được chủng ngừa:

- Tất cả thân nhân sống chung trong gia đình với người đã nhiễm HBV.
- Những người thường xuyên tiếp xúc với máu và dịch tiết của bệnh nhân, chẳng hạn như nhân viên y tế, người làm công tác xét nghiệm...
- Những người có tiếp xúc qua da và niêm mạc với máu và các chất dịch bị nghi ngờ là có chứa HBV.
- Những người phải truyền máu hoặc chế phẩm của máu do các yêu cầu điều trị khác.

- Trẻ em từ sơ sinh cho đến 15 tuổi.
- Những người tiêm chích ma túy.
- Những người thường xuyên lọc thận.
- Những người đồng tính luyến ái hoặc thường có quan hệ tình dục với nhiều người.

VIÊM GAN C

Viêm gan C là một trong những bệnh truyền nhiễm nguy hiểm nhất, vẫn được xem là một hiểm họa cho toàn nhân loại. Hiện có khoảng hơn 3% dân số thế giới mắc bệnh viêm gan C, với chừng 170 triệu người mang *virus* gây viêm gan C (*Hepatitis C virus – HCV*) trong cơ thể.

Hơn 85% người nhiễm HCV có nguy cơ mang *virus* lâu dài, so với HBV thì tỷ lệ này chỉ có khoảng 10%. Trong số người bị nhiễm HCV, 60% có nguy cơ bị viêm gan mạn tính, với mức độ nguy hiểm cao hơn nhiều so với viêm gan B mạn tính, bởi vì có đến 12% bệnh nhân có nguy cơ bị xơ gan và từ 1 đến 5% sẽ bị ung thư gan. Hơn thế nữa, hiện nay *chưa có thuốc chủng ngừa viêm gan C*.

Tại Hoa Kỳ, hiện có hơn 4 triệu người đang bị viêm gan C mạn tính, và ước tính sẽ có từ 8.000 đến 10.000 trường hợp tử vong mỗi năm vì căn bệnh này.

Mặc dù rất nguy hiểm như thế, nhưng hầu hết các trường hợp viêm gan C cấp tính cũng như mạn tính đều không biểu hiện triệu chứng gì đáng kể. Một trong những triệu chứng thường gặp nhất là người mắc bệnh cảm thấy mệt mỏi – nhưng đây lại có thể là triệu chứng của

quá nhiều bệnh khác và thậm chí còn là một trạng thái thường gặp ngay cả khi không có bệnh. Vì thế, số người mắc bệnh được phát hiện kịp thời rất ít. Vào năm 1995, người ta công bố một kết quả xét nghiệm khoảng hơn nửa triệu người được xác định là mang *virus* viêm gan C ở Pháp. Trong đó chỉ có hơn 15% là đã biết được mình bị nhiễm HCV – số còn lại hoàn toàn không hay biết gì cả!

Nguyên nhân

- Bệnh viêm gan C gây ra do một loại *virus* thuộc loại *ARN* có khả năng thay đổi đặc tính di truyền một cách hết sức nhanh chóng và dễ dàng. Tuy đã gây bệnh từ lâu, nhưng phải đến khoảng đầu năm 1974 thì *virus* gây bệnh viêm gan C mới được nhận dạng một cách không rõ ràng, và được gọi là “*virus* gây viêm gan không A, không B” (*non-A, non-B hepatitis*). Chỉ đến khi phát triển được kỹ thuật nghiên cứu các phân tử cực kỳ nhỏ bé (*molecular biologic techniques*), các nhà khoa học mới quan sát rõ được loại *virus* gây bệnh này và chính thức gọi tên nó là *virus* viêm gan C (*Hepatitis C virus* – *HCV*).
- *Virus* viêm gan C lây lan chủ yếu qua tiếp xúc trực tiếp bằng đường máu. Bệnh không lây lan qua thức ăn, nước uống hoặc các yếu tố môi trường khác, cho dù trong nước bọt và mồ hôi của người bệnh có

- chứa một ít HCV. Các nghiên cứu cũng xác định rõ là trong tinh dịch cũng như dịch tiết từ âm đạo đều không có chứa HCV. Tuy nhiên, trong thực tế có khoảng 5% trường hợp nhiễm HCV do lây lan qua hoạt động tình dục. Điều này được giải thích là do các yếu tố như: phụ nữ đang có kinh nguyệt hoặc viêm nhiễm ở bộ phận sinh dục, hoặc do các sâu sát có chảy máu xảy ra trong hoạt động tình dục. Những trường hợp hoàn toàn bình thường mà lây lan do hoạt động tình dục chưa được chứng minh.
- Hai con đường lây lan chính của HCV là qua truyền máu và qua việc sử dụng chung các dụng cụ tiêm chích không tiệt trùng. Tuy nhiên, những trường hợp tiếp xúc khác với *virus* vào lúc cơ thể đang có các vết trầy xước cũng đều có thể dẫn đến nhiễm bệnh. Trong thực tế có đến 30% bệnh nhân hoàn toàn không xác định được mình đã bị lây nhiễm từ đâu, chính là rơi vào các trường hợp này.
 - Một số nguyên nhân cụ thể khác là những trường hợp tiếp xúc trực tiếp với máu của bệnh nhân, như các nhân viên y tế, hoặc qua các dịch vụ công cộng không đảm bảo vô trùng như cạo mặt, xăm mình, châm cứu, cạo gió, cắt lể... Ngay trong các bệnh viện, sơ sót trong việc tiệt trùng các dụng cụ y khoa cũng có thể là nguyên nhân dẫn đến lây nhiễm HCV.

- Bệnh cũng lây lan trực tiếp từ người mẹ khi sinh con ra, nhưng với một tỷ lệ tương đối thấp, khoảng hơn 5%.
- Bệnh không lây truyền qua sữa mẹ, nên người mẹ không cần tránh việc cho con bú.

Chẩn đoán

- Thời gian ủ bệnh thường kéo dài từ 7 – 8 tuần sau khi vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể. Sau đó, khoảng 30% số người bị nhiễm HCV có thể cảm thấy hơi khó chịu như bị cảm cúm nhẹ.
- Một số người khác có thể có các triệu chứng như đau đầu, mệt mỏi, đau nhức khớp xương và bắp thịt. Nhiều khi có thể cảm thấy buồn nôn, khó chịu, đau bụng, tiêu chảy, ăn kém ngon, giảm trọng lượng cơ thể... Đôi khi bị sốt hoặc nổi ngứa ngoài da. Khoảng 30% số người nhiễm HCV có thể có các dấu hiệu vàng da, vàng mắt...
- Các triệu chứng nói trên thường nhẹ, kéo dài từ 6 – 8 tuần, từ từ thuyên giảm rồi hoàn toàn biến mất sau một thời gian ngắn. Sau đó bệnh khởi hẳn hoặc chuyển sang một trong các tiên liệu sau:
 - Tiềm ẩn, không hoạt động (*dormant*)
 - Tiếp tục phát triển thành thể mạn tính hoạt động (*chronic active*)

- Khoảng 80 đến 90% số người bị nhiễm HCV sẽ chuyển sang giai đoạn viêm gan C mạn tính, Trong số đó có khoảng 60 – 70% là viêm gan C mạn tính thể phát triển. Sự phát hiện kịp thời ngay từ giai đoạn này giúp gia tăng khả năng điều trị bệnh đến mức tối đa.
- Do các triệu chứng của bệnh viêm gan C rất mờ nhạt, trong rất nhiều trường hợp lại hầu như không có triệu chứng gì, nên việc chẩn đoán phát hiện và xác định bệnh chủ yếu dựa vào các kết quả xét nghiệm.
- Chẩn đoán phát hiện sớm là yếu tố rất quan trọng trong việc điều trị bệnh viêm gan C, bởi vì cho dù khả năng điều trị bệnh này hiện nay đã mang lại nhiều kết quả khả quan, nhưng việc điều trị sẽ không có mấy kết quả nếu như phát hiện bệnh vào giai đoạn quá muộn. Chẩn đoán phát hiện chủ yếu nhờ vào các thử nghiệm máu thông thường trong những lần khám sức khỏe định kỳ. Nếu phát hiện có sự tăng cao của men gan *ALT* trong máu, cần nghĩ ngay đến khả năng viêm gan.
- Yếu tố thứ hai được xem như dấu hiệu của viêm gan là *bilirubin*. Chất này khi tăng cao đến trên 0,40mg trong một lít máu sẽ bắt đầu tạo ra hiện tượng vàng da, vàng mắt. Khi xét nghiệm máu cho thấy *bilirubin* tăng cao, cần nghĩ đến khả năng viêm gan.

- Khi đã nghi ngờ có viêm gan C, cần tiếp tục thực hiện xét nghiệm máu tìm kháng thể chống HCV (*Heppatitis C Virus-Antibody*). Kết quả xét nghiệm dương tính có thể cho phép kết luận là bệnh nhân đang mắc bệnh viêm gan C.
- Trong quá trình điều trị, có thể thực hiện xét nghiệm *Quantative HCV-ARN* để theo dõi diễn tiến của bệnh. Loại xét nghiệm đặc biệt này cho phép đếm được tổng số HCV trong 1 cm³ máu của bệnh nhân vào từng thời điểm khác nhau. Nếu số lượng HCV không giảm bớt sau 6 tháng điều trị, có thể xem như phương pháp điều trị đang áp dụng không mang lại hiệu quả.
- Ngoài ra cũng cần xác định kiểu loại di truyền (*genotype*) của *virus* viêm gan C. Nếu *genotype* được xác định là loại 1, bệnh nhân cần điều trị khoảng một năm. Nếu là loại 2 hoặc loại 3, thời gian điều trị là khoảng 6 tháng. Những loại khác có thể phải điều trị từ 6 đến 12 tháng, tùy theo từng trường hợp.
- Một số xét nghiệm khác cũng được áp dụng để góp phần theo dõi diễn tiến của bệnh. Chẳng hạn như, nồng độ *alfa-feto-protein* trong máu tăng cao có thể xem là dấu hiệu của ung thư gan, thời gian đông máu (*Prothrombin time*) gia tăng là dấu hiệu của suy giảm chức năng gan, siêu âm gan giúp quan sát

hình dạng, kích thước của gan và phát hiện các bất thường, sinh thiết gan giúp đánh giá mức độ viêm gan...

Tiền lượng

- Nói chung, sau giai đoạn viêm gan C cấp tính sẽ có khoảng 10 đến 15% số bệnh nhân may mắn được hoàn toàn khỏi bệnh, không cần điều trị gì cả.
- Từ 20 đến 25% bệnh nhân sẽ chuyển sang giai đoạn mạn tính âm thầm. HCV ở các bệnh nhân này “*không hoạt động*”, do đó họ không có triệu chứng gì và cũng không bị thương tổn ở gan. Những người may mắn này rất hiếm khi chuyển sang xơ gan, nhưng họ có khả năng lây truyền HCV sang người khác.
- Từ 60 đến 70% bệnh nhân viêm gan C sẽ chuyển sang viêm gan C mạn tính thể phát triển. Trong số này, phần lớn được tiên liệu cũng không tử vong vì bệnh, vì các thương tổn của gan nhẹ và phát triển chậm. Nhưng có khoảng 20% sẽ phát triển thành xơ gan sau 10 đến 20 năm, thậm chí có thể chuyển sang ung thư gan. Tỷ lệ ung thư gan hàng năm do bệnh này là khoảng từ 1 đến 5%.

Điều trị

- Bệnh diễn tiến âm thầm, các triệu chứng mờ nhạt hoặc không có, nên kết quả điều trị hầu như phụ

thuộc hoàn toàn vào khả năng phát hiện bệnh sớm. Bệnh được phát hiện càng sớm thì hiệu quả điều trị càng cao hơn.

- Trong suốt giai đoạn nhiễm HCV cho đến khi phát triển viêm gan C cấp tính, không có bất cứ loại thuốc men hay phương pháp điều trị nào có hiệu quả tác động vào tiến trình của bệnh.
- Khi bệnh chuyển sang thể mạn tính, việc điều trị có thể bắt đầu càng sớm càng tốt. Nếu bệnh nhân không được phát hiện vào đầu giai đoạn này, bệnh sẽ âm thầm tiến triển và khả năng điều trị ngày càng trở nên khó khăn hơn.
- Mục đích của việc điều trị trong giai đoạn viêm gan C mạn tính là tăng cường hệ thống miễn dịch của cơ thể và ngăn cản HCV tấn công các tế bào gan còn lành mạnh, cũng như ngăn cản không cho HCV tiếp tục tăng trưởng. Hiện nay, viêm gan C được điều trị kết hợp 2 loại thuốc *Interferon* và *Ribavirin*, thay vì là dùng đơn độc từng loại như trước đây. Với dạng thuốc mới của *Interferon* là *PEG-Interferon*, hiệu quả điều trị được nâng cao và tác dụng kéo dài hơn, mỗi tuần chỉ cần tiêm 1 lần, thay vì 3 lần như các dạng thuốc trước đây. Nếu phát hiện kịp thời và điều trị bằng *PEG-Interferon* kết hợp với *Ribavirin* trong vòng 6 tháng, tỷ lệ khỏi bệnh lên đến 88% đối với bệnh nhân viêm gan C loại 2 và loại 3. Đối

với các loại *C1a*, *C1b*... tỷ lệ khỏi bệnh cũng lên đến khoảng 50% với thời gian điều trị là 1 năm. Thuốc có nhiều tác dụng phụ nên nhất thiết phải được sử dụng với sự hướng dẫn và theo dõi của bác sĩ điều trị.

HIV/AIDS

HIV là tên gọi tắt của một loại *virus (Human immuno deficiency virus)* gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở con người (*Acquired immuno deficiency syndrome - AIDS*). Như vậy, nhiễm HIV là tiền đề để dẫn đến AIDS, nhưng từ khi nhiễm HIV cho đến khi phát triển AIDS cần một thời gian nhất định không giống nhau ở mỗi người, từ vài tháng cho đến 15 năm. Các bác sĩ thường dùng cụm từ AIDS để chỉ những trường hợp HIV đã phát triển và gây ra hiện tượng suy yếu miễn dịch cho bệnh nhân.

Được phát hiện lần đầu tiên vào năm 1981, cho đến cuối thập niên 1980 đã có khoảng 100.000 người đã được chẩn đoán là mắc bệnh AIDS, và khoảng một nửa trong số đó đã tử vong. Đến năm 2003, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) cho biết đã có khoảng 40 triệu người trên toàn thế giới hiện đang sống trong tình trạng nhiễm HIV hoặc đã tiến triển thành bệnh AIDS, trong số đó có khoảng 2,5 triệu trẻ em dưới 15 tuổi. Tổ chức này cũng ước tính là từ năm 1981 cho đến cuối năm 2002 có khoảng 20 triệu người đã chết vì bệnh AIDS, trong đó có khoảng 4,5 triệu

trẻ em dưới 15 tuổi. Chỉ riêng trong năm 2003 đã có đến 3 triệu người chết vì bệnh AIDS và thêm 5 triệu người nhiễm HIV. HIV/AIDS đã thực sự trở thành một tai họa khủng khiếp cho toàn nhân loại.

Nguyên nhân

- *Virus* gây bệnh AIDS thuộc nhóm *lentivirus*, nằm trong chủng *virus Retroviridae*, còn gọi là *retrovirus*. Hiện đã được biết có 2 chủng HIV. HIV-1 là loại *virus* chủ yếu gây bệnh AIDS trên khắp thế giới, trong khi HIV-2 chỉ được tìm thấy chủ yếu ở Tây Phi.
- HIV có thể được tìm thấy trong máu, tinh dịch, nước bọt, nước mắt, mô thần kinh, tuyến sữa và dịch tiết cơ quan sinh dục của người nhiễm HIV. Tuy vậy, bệnh chỉ lây truyền chủ yếu qua tinh dịch và máu, nên những tiếp xúc trực tiếp với người bệnh như bắt tay, ôm hôn, trò chuyện... thường không gây lây nhiễm. Các hình thức lây nhiễm chủ yếu của HIV là:
 - Hoạt động tình dục với người bị nhiễm HIV.
 - Dùng chung các dụng cụ tiêm chích với người bị nhiễm HIV.
 - Người mẹ nhiễm HIV lây truyền cho đứa con khi mang thai, khi sinh nở và khi cho con bú.
- Những giới hạn trong sự lây nhiễm HIV được giải

thích phần nào là do sự yếu ớt của loại vi khuẩn này khi tiếp xúc với môi trường. Khi bị đẩy vào môi trường, HIV nhanh chóng bị tiêu diệt. Nó chỉ có thể sống được với những điều kiện thích hợp trong cơ thể, trong máu. HIV hoàn toàn không lây nhiễm theo một số phương thức thường gặp ở các bệnh truyền nhiễm khác, chẳng hạn như qua vết cắn chích của côn trùng hoặc hít phải *virus* do người bệnh thải vào không khí. Vì thế, nguyên nhân lây nhiễm HIV cho đến nay vẫn được tin là chỉ giới hạn trong 3 hình thức lây nhiễm chủ yếu vừa kể trên.

- HIV xâm nhập vào cơ thể sẽ bắt đầu tấn công một loại tế bào trong máu được gọi tên là tế bào CD4 (hay *lympho bào T4*). Tế bào CD4 nhiễm HIV có thể bị phá vỡ do bị HIV xâm nhập vào và nhân đôi ngay bên trong tế bào, hoặc HIV có thể đi vào trạng thái bất hoạt tạm thời. Khi các tế bào CD4 bị phá hủy nhiều, hệ miễn dịch của cơ thể sẽ suy yếu, vì chức năng của tế bào này là giúp cho các tế bào miễn dịch khác đáp ứng với sự xâm nhập của vi khuẩn, do đó mà cơ thể sẽ dễ dàng bị sự tấn công của các tác nhân gây bệnh từ môi trường. Cơ thể người bình thường có khoảng 1000 tế bào CD4 trong một *microlit* (một phần triệu lít). Khi các tế bào này bị phá hủy đến mức chỉ còn dưới 200 tế bào trong một *microlit*, hệ miễn dịch của cơ thể sẽ suy yếu và không còn khả năng đáp ứng với hầu hết các tác nhân gây bệnh từ môi trường.

- Không phải tất cả những người bị nhiễm HIV đều sẽ tiến triển bệnh. Có khoảng 1% số người nhiễm HIV được biết là sau đó hoàn toàn khỏi bệnh, với các xét nghiệm cho thấy HIV và kháng thể chống HIV đều không còn trong máu của bệnh nhân. Có thể là cơ thể của những người này có một khả năng đề kháng đối với loại *virus* này. Một số khác mang *virus* bất hoạt trong một thời gian dài, có thể đến 10 – 15 năm. Nhưng một khi đã chẩn đoán là AIDS thì hầu hết bệnh nhân đều có tiên lượng xấu, bởi hiện nay chưa có bất cứ loại thuốc hay phương thức điều trị nào đối với bệnh này.

Chẩn đoán

- Giai đoạn đầu tiên sau khi nhiễm HIV thường chỉ có những triệu chứng nhẹ và không rõ nét, rất dễ nhầm lẫn với các trường hợp bệnh lý khác. Nếu hoàn toàn không có sự can thiệp của thuốc men, Bệnh thường diễn tiến tuần tự như sau:
 - Từ 1 – 3 tuần sau khi nhiễm HIV, xuất hiện các triệu chứng tương tự như một trường hợp cảm cúm, chẳng hạn như sốt, đau họng, đau đầu, ngứa da, nhạy cảm ở các vùng hạch bạch huyết, và một cảm giác hơi khó chịu không rõ nguyên nhân. Các triệu chứng thường kéo dài khoảng 1 – 4 tuần. Trong giai đoạn này HIV tăng sinh nhanh chóng trong máu người bệnh, theo máu đi khắp cơ thể,

- và đặc biệt tập trung ở các cơ quan thuộc hệ bạch huyết.
- Sau đó, hệ miễn dịch của cơ thể bắt đầu sự đề kháng với HIV, làm giảm sự tăng sinh của *virus* nhưng không đủ sức để loại trừ hoàn toàn. Người nhiễm HIV đi vào một giai đoạn không có triệu chứng, có thể kéo dài đến 10 năm hoặc lâu hơn nữa. Trong suốt giai đoạn này, mặc dù sức khỏe có vẻ như bình thường nhưng HIV trong cơ thể liên tục tăng sinh và không ngừng phá hoại hệ miễn dịch của cơ thể. Hầu hết những người nhiễm HIV trong giai đoạn này vẫn hoàn toàn không biết là mình đang mang HIV trong người, nên có thể vô tình lây truyền HIV cho những người khác, nhất là những người có quan hệ tình dục với họ.
- Khi số lượng tế bào CD4 trong một phần triệu lít máu xuống thấp hơn 200, các triệu chứng sớm của AIDS bắt đầu xuất hiện, và có thể kéo dài từ vài tháng cho đến nhiều năm. Trong giai đoạn này, các triệu chứng có thể không nghiêm trọng đến mức đe dọa tính mạng, nhưng thường làm cho bệnh nhân suy yếu rất nhiều. Ở phụ nữ, triệu chứng sớm của AIDS có thể là sự nhiễm nấm thường xuyên tái phát ở âm đạo. Các triệu chứng khác biệt bao gồm sụt cân nhanh chóng và mệt mỏi, suy nhược, sốt cao theo chu kỳ, tiêu chảy thường xuyên tái phát, các vùng ngứa trên da,

hoặc nhiễm nấm trong miệng. Tuy không có nguy cơ tử vong vì những triệu chứng trong giai đoạn này, nhưng mức độ nghiêm trọng thường đủ để bệnh nhân phải tìm đến bệnh viện. Và do đó mà đa số người nhiễm HIV thường được phát hiện vào giai đoạn này.

- Tiếp theo là giai đoạn toàn phát của bệnh AIDS, với đặc trưng là nguy cơ nhiễm trùng tăng cao bất thường do số lượng tế bào CD4 trong máu tiếp tục giảm thấp. Nguy cơ nhiễm trùng thường gặp sớm nhất là chứng viêm phổi do nhiễm nấm *Pneumocystis carinii*. Nguyên nhân là vì loại nấm này thường xâm nhập vào cơ thể của hầu hết chúng ta ngay từ nhỏ và sống trong phổi nhưng không gây bệnh, do chịu sự khống chế của hệ miễn dịch cơ thể. Khi AIDS làm cho hệ miễn dịch suy yếu, nấm *Pneumocystis* ngay lập tức có cơ hội để gây bệnh bằng cách ngăn cản sự cung cấp oxy cho máu. Do thiếu oxy, bệnh nhân thường thở nhanh, hơi thở rất ngắn và kèm theo sốt, ho khan. Ngoài chứng viêm phổi này, người mắc bệnh AIDS cũng thường phát triển một số bệnh nhiễm nấm khác. Khoảng 23% người bệnh AIDS nhiễm nấm *Cryptococcus*, gây ra chứng viêm màng não (*meningitis*). Khoảng 10% người bệnh AIDS nhiễm nấm *Histoplasma capsulatum*, gây ra các triệu chứng sụt cân nhanh chóng kèm theo sốt và các biến chứng ở đường hô hấp. Bệnh lao phổi

do nhiễm vi khuẩn *Mycobacterium tuberculosis* cũng phát triển nghiêm trọng hơn ở những người bệnh AIDS. Nhiễm vi khuẩn *Mycobacterium avium* có thể gây các triệu chứng như sốt, thiếu máu và tiêu chảy. Ngoài nấm và vi khuẩn, người bệnh AIDS cũng gia tăng nguy cơ nhiễm các loại virus, đặc biệt là nhóm *herpesvirus*. Trong nhóm này, thường gặp nhất là các loại *cytomegalovirus* (CMV) gây bệnh ở võng mạc có thể làm mù mắt, virus Epstein-Barr (EBV) gây ung thư máu, virus *Herpes simplex* (HSV) gây đau ở miệng, ở cơ quan sinh dục hoặc hậu môn.

- Trong thời kỳ phát triển tiếp theo, nhiều rối loạn thần kinh có thể xuất hiện khi HIV xâm nhập vào não bộ, gọi chung là sa sút trí tuệ do bệnh AIDS.
- Đối với trẻ em, các triệu chứng thường nghiêm trọng ngay từ đầu. Hơn một nửa số trẻ sơ sinh nhiễm HIV chết trước khi được 2 tuổi.
- Thăm khám có thể thấy những dấu hiệu bất thường, chẳng hạn như phì đại hạch bạch huyết.
- Bệnh nhân thường sụt cân nhanh chóng không rõ nguyên nhân.
- Tuy nhiên, việc chẩn đoán xác định phải qua thử máu tìm kháng thể kháng HIV. Kết quả dương tính xác nhận việc nhiễm HIV, nhưng chưa thể kết luận bệnh AIDS. Một số người nhiễm HIV nhưng không

tiến triển bệnh mà thuộc loại “người lành mang *virus*”. Trong một số trường hợp, khi người bệnh mới nhiễm HIV chưa bao lâu thì kết quả xét nghiệm có thể là âm tính. Nếu có các yếu tố nghi ngờ khác, cần thực hiện lại việc thử máu sau 6 tháng.

- Chẩn đoán bệnh AIDS thường dựa trên 2 yếu tố: kết quả xét nghiệm HIV dương tính và tình trạng nhiễm trùng hoặc bứu bất thường. Trong những điều kiện cho phép, xét nghiệm đếm tế bào CD4 trong máu cần được thực hiện. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định khi số lượng tế bào CD4 xuống thấp hơn 200 trong một *microlit*.

Điều trị

- Cho đến nay vẫn chưa có bất cứ loại thuốc hay phương thức điều trị nào thực sự có thể xem là điều trị được bệnh AIDS. Các biện pháp can thiệp của y học hiện nay chỉ đạt được hiệu quả ngăn cản sự tiến triển của bệnh và đối phó kịp thời với các triệu chứng do bệnh gây ra.
- Ngoài các nghiên cứu khoa học vẫn đang được tiếp tục để nhắm đến khả năng điều trị được bệnh AIDS, việc đối phó với căn bệnh này hiện nay nhắm đến 2 mục đích: đảm bảo một cuộc sống tốt nhất cho những người đã nhiễm HIV hoặc đang phát triển bệnh AIDS, và hạn chế tối đa sự phát triển, lây lan của HIV trong cộng đồng. Để đạt được 2 mục đích

trên, mọi người trong xã hội cần thống nhất một số nhận thức đúng đắn về căn bệnh này:

- Hiểu rõ các hình thức lây lan chủ yếu của HIV, đó là qua hoạt động tình dục, dùng chung kim tiêm chích và lây lan từ mẹ sang con. Từ đó, tích cực áp dụng các biện pháp phòng ngừa có hiệu quả trong hoạt động tình dục, tiêm chích cũng như cân nhắc kỹ trước khi quyết định sinh con sau khi đã được chẩn đoán HIV dương tính.
- Không nên đối xử phân biệt và cách ly đối với những người nhiễm HIV, bởi nguy cơ lây nhiễm không nằm trong các hoạt động giao tiếp thông thường với người mang HIV.
- Tích cực phát hiện sớm các trường hợp nhiễm HIV để tránh tình trạng vô tình gieo rắc HIV trong cộng đồng. Vận động và giáo dục kiến thức chung về HIV/AIDS trong cộng đồng có thể giúp thúc đẩy việc phát hiện sớm các đối tượng nhiễm HIV, thông qua việc các đối tượng có nguy cơ cao sẽ tự nguyện tiến hành các xét nghiệm chẩn đoán HIV, đồng thời cũng giúp cho những người đã nhiễm HIV có một nhận thức đầy đủ về trách nhiệm hạn chế sự lây lan trong cộng đồng.
- An ủi và động viên những người đã nhiễm HIV để họ có thể tiếp tục một cuộc sống bình thường trong xã hội, vì thời gian từ khi nhiễm HIV cho đến toàn phát bệnh AIDS có thể kéo dài đến 10

năm hoặc lâu hơn. Bệnh nhân không cần thiết phải đau buồn khổ sở trong suốt quãng thời gian này, mà ngược lại có thể có một cuộc sống tốt hơn nếu biết chấp nhận sự thật. Hơn thế nữa, những tiến triển khả quan trong nghiên cứu khoa học hiện đã có thể giúp bệnh nhân kéo dài hơn nữa thời gian sống khỏe mạnh, và trong tương lai vẫn có thể hy vọng về một sự thành công hoàn toàn trong việc đẩy lùi bệnh AIDS.



Sản khoa

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT TRƯỚC KHI MANG THAI

Mang thai là một hiện tượng hoàn toàn tự nhiên của phụ nữ sau khi lập gia đình. Tuy nhiên, trong một số trường hợp thì việc mang thai có thể dẫn đến những hậu quả bất lợi về sức khỏe cho người mẹ hoặc thai nhi, và điều đó hoàn toàn có thể tiên liệu trước nếu như người phụ nữ được tư vấn bởi một bác sĩ chuyên khoa trước khi quyết định mang thai. Khi không có điều kiện để được tư vấn trực tiếp, những kiến thức sau đây có thể là cần thiết cho một phụ nữ trước khi mang thai.

- Hút thuốc lá: Phụ nữ nghiện thuốc lá trước khi quyết định mang thai cần nhận biết đầy đủ những tác hại của thuốc lá đối với sức khỏe của bản thân và thai nhi. Tốt nhất là nên cố gắng bỏ thuốc lá một thời gian trước khi bắt đầu mang thai.
- Uống rượu: Các loại rượu, bia hay các thức uống có cồn nói chung đều không tốt cho cả người mẹ và thai nhi, đặc biệt là nồng độ rượu trong máu tăng cao trong thời gian mang thai có thể dẫn đến “*hội chứng thai rượu*”, với hậu quả là đứa trẻ sinh ra mang nhiều dị tật và phát triển không bình thường.

- Chế độ dinh dưỡng: Người phụ nữ cần có một chế độ dinh dưỡng cân đối và đầy đủ để đảm bảo sức khỏe tốt trước khi bắt đầu mang thai. Đặc biệt chế độ ăn giàu *acid folic* (có trong nhiều loại rau xanh, trái cây, ngũ cốc...) hoặc bổ sung *acid folic* (400µg/ngày) trước khi có thai và kéo dài trong suốt 3 tháng đầu tiên của thai kỳ sẽ giúp giảm mạnh nguy cơ khuyết tật ống thần kinh.
- Trước thời gian mang thai nên tránh các thức ăn dễ gây nhiễm bệnh như thức ăn không tiệt trùng, thức ăn lạnh, thịt nấu chưa chín nhừ... Tất cả các loại rau và trái cây đều phải được rửa sạch trước khi ăn.
- Bổ sung các thức ăn giàu *calci*, nhất là đối với những phụ nữ có nguy cơ thiếu hụt cao, chẳng hạn như phụ nữ đã sinh nhiều con hoặc sống trong gia đình có chế độ ăn thường ngày nghèo dinh dưỡng.
- Không nên uống *vitamin A* liều cao. Tốt nhất là chỉ dùng theo sự hướng dẫn của bác sĩ.
- Kiểm tra các bệnh thiếu máu Địa Trung Hải, thiếu máu hồng cầu liềm và thiếu máu hồng cầu hình cầu. Nếu mắc phải các bệnh này, người phụ nữ cần nhận thức đầy đủ về nguy cơ di truyền cho đứa trẻ trước khi quyết định mang thai.
- Kiểm tra kháng thể bệnh *rubella* (*rubeon*) trước khi có thai lần đầu tiên. Bệnh này đặc biệt nguy hiểm đối với phụ nữ có thai, do đó nếu chưa có kháng thể

- chống lại bệnh này thì nhất thiết phải được tiêm phòng *vaccin* trước khi có thai. Chỉ nên có thai sau khi đã tiêm *vaccin* phòng bệnh *rubella* ít nhất là một tháng.
- Kiểm tra huyết áp: Phụ nữ cao huyết áp vẫn có thể mang thai, với điều kiện phải được theo dõi và điều trị thích hợp để đảm bảo kiểm soát được huyết áp. *Methyldopa* và một số thuốc chẹn *beta* như *propranolol* được xem là an toàn và hiệu quả trong thời gian mang thai.
 - Kiểm tra bệnh tiểu đường: Bệnh tiểu đường gây ảnh hưởng rất xấu đến thai nhi. Nguy cơ tử vong trước sinh có thể đến 10%, ngay cả khi kiểm soát tốt lượng đường máu. Nguy cơ dị dạng bẩm sinh có thể xảy ra, nhưng tỷ lệ này được giảm bớt nếu có thể kiểm soát tốt được đường máu trước và trong thời gian mang thai. Mức độ Hb *glycosyl hóa* phải được kiểm tra trước khi ngừng biện pháp ngừa thai. Người phụ nữ cần nhận thức đầy đủ về các nguy cơ nói trên trước khi quyết định mang thai.
 - Bệnh động kinh: Phụ nữ mắc bệnh động kinh sinh con ra sẽ có nguy cơ có dị tật bẩm sinh cao gấp 2 lần so với bình thường. Tất cả các thuốc chống co giật (điều trị bệnh động kinh) đều làm tăng tỷ lệ quái thai với những mức độ khác nhau. Người phụ nữ cần nhận thức đầy đủ về các nguy cơ trên trước khi quyết định mang thai.

- Các biện pháp ngừa thai: Phụ nữ sử dụng các biện pháp ngừa thai như viên uống tránh thai hỗn hợp hoặc dụng cụ tránh thai đặt trong tử cung cần phải ngừng các biện pháp này và tránh thai tự nhiên một thời gian trước khi mang thai.
- Phụ nữ đã từng bị sẩy thai cần được kiểm tra để tìm những bất thường ở cổ tử cung hoặc bất thường về nhiễm sắc thể.

CHẨN ĐOÁN CÓ THAI

Có 3 dấu hiệu thông thường nhất thường xuất hiện khi phụ nữ bắt đầu mang thai:

- *Tắt kinh*: Tắt kinh hay mất kinh là dấu hiệu quan trọng nhất cho thấy một phụ nữ đã có thai. Tuy nhiên, dấu hiệu này chỉ chính xác ở những phụ nữ khỏe mạnh bình thường, có kinh nguyệt đều đặn, và không có dấu hiệu căng thẳng tâm lý vào thời điểm tắt kinh. Trong những trường hợp khác, dấu hiệu này có thể bị chẩn đoán sai lệch do hiện tượng chậm kinh. Ngoài ra, khi người phụ nữ thực sự tắt kinh, đôi khi vẫn có ra máu trước kỳ kinh nguyệt thường lệ một vài ngày, gọi là hiện tượng “*máu báo*”. Máu báo chỉ ra rất ít, không nhiều như khi hành kinh, và chỉ một vài ngày là dứt. Hiện tượng máu báo xảy ra là do thai vừa được hình thành (*phôi*) di chuyển vào tử cung, chui vào niêm mạc tử cung làm tổ.

- *Ốm nghén*: Ốm nghén hay *ngهن* là một sự thay đổi tự nhiên mà người phụ nữ cảm nhận được ngay sau khi mang thai. Các dấu hiệu điển hình là cảm giác nôn nao, khó chịu, hơi lợm giọng, buồn nôn hoặc nôn. Ngoài ra thường kèm theo các triệu chứng như thèm ăn chua, thèm ăn những món ăn lạ mà trước đây chưa từng muốn ăn. Về mặt tâm lý cũng thay đổi, tính khí trở nên thất thường, hay buồn bực, giận dữ vô cớ, đôi khi cáu gắt. Điều này có nguyên do từ sự mất cân bằng trong hệ thần kinh tự chủ (thần kinh thực vật), do có sự thay đổi bất ngờ của hệ nội tiết, kết hợp với những biến chuyển về tâm lý có thật như sự vui mừng, nôn nao, lo sợ... nhất là với những phụ nữ trẻ và mới có thai lần đầu tiên. Ốm nghén bình thường không kéo dài quá 3 tháng, và có thể được rút ngắn thời gian nếu người phụ nữ có được một môi trường tình cảm tốt đẹp và sự nâng đỡ, chia sẻ của những người thân quanh mình.
- *Căng tức vú*: Sau khi có thai, người phụ nữ thường cảm thấy hai vú to dần lên, căng tức. Các hạt nhỏ ở quầng vú ngày một nổi rõ lên hơn như hạt tằm. Núm vú và quầng vú trước đây màu hồng, giờ chuyển dần sang màu thâm đen.

Ba dấu hiệu nói trên là những dấu hiệu mà người phụ nữ có thể tự nhận biết. Tuy nhiên, để chẩn đoán xác định, ngay sau khi nghi ngờ có thai, cần đi khám thai tại bệnh viện hay bác sĩ chuyên khoa. Khi đi khám thai ngoài việc

xác định chắc chắn việc có thai, người phụ nữ còn nhận được những chỉ dẫn cần thiết để chăm sóc thai nhi, biết cách phòng ngừa và phát hiện sớm những trở ngại hay biến chứng có thể ảnh hưởng đến việc sinh nở, đồng thời cũng là cơ hội để kiểm tra phát hiện các bệnh nguy hiểm có thể gây ảnh hưởng cho thai nhi, hoặc phát hiện các trường hợp thai bất thường như chửa trứng, chửa ngoài tử cung....

KHÁM THAI ĐỊNH KỲ

Không có một quy định bắt buộc về việc thăm khám thai trong thời gian mang thai. Tuy nhiên, để đảm bảo sức khỏe cho cả mẹ và con cũng như chuẩn bị tốt cho giai đoạn sinh nở, người phụ nữ mang thai nên thăm khám nhiều lần theo gợi ý như sau:

- Lần 1: Trong 3 tháng đầu tiên của thai kỳ, sau khi đã chẩn đoán xác định việc có thai. Yêu cầu của lần thăm khám này là để phát hiện kịp thời các bệnh nguy hiểm có thể ảnh hưởng đến thai nhi và các trường hợp thụ thai bất thường để kịp thời xử lý.
- Lần 2: Trong 3 tháng tiếp theo của thai kỳ. Yêu cầu của lần thăm khám này là theo dõi sự phát triển bình thường của thai, kiểm tra sự thích nghi và các vấn đề sức khỏe của người phụ nữ trong giai đoạn mang thai. Ngoài ra, người phụ nữ mang thai cũng sẽ được tiêm phòng uốn ván mũi thứ nhất.
- Lần 3: Vào tháng đầu tiên trong 3 tháng cuối của thai kỳ. Mục đích của lần thăm khám này là kiểm

tra vị trí của thai nhi nhằm phát hiện các trường hợp không bình thường, chẳng hạn như ngôi ngược..., xác định sự phát triển bình thường của thai nhi và sức khỏe của người mẹ, dự kiến ngày sinh nở và báo cho sản phụ biết để có sự chuẩn bị, đồng thời hướng dẫn sản phụ về việc chọn nơi sinh đảm bảo an toàn cho cả mẹ và con. Vào lần thăm khám này, người mẹ cũng được tiêm phòng uốn ván mũi thứ hai.

- Các lần tiếp theo: Một lần vào tháng thứ 8 và vào tháng thứ 9 thì mỗi tuần một lần cho đến ngày sinh.

Khi được thăm khám đều đặn vào các thời điểm như trên, người phụ nữ mang thai sẽ giảm đến mức tối thiểu các nguy cơ rủi ro có thể xảy ra cho cả mẹ lẫn con, đảm bảo sức khỏe và sự phát triển tốt của thai nhi cho đến khi chào đời. Ngoài ra, trong các lần thăm khám thai, người phụ nữ mang thai sẽ được hướng dẫn tất cả những kiến thức cần thiết để có thể tự chăm sóc tốt cho sức khỏe của mình và thai nhi, chuẩn bị tốt về cả tâm lý và sức khỏe cho sự ra đời của đứa trẻ.

XUẤT HUYẾT TRONG THAI KỲ

GIAI ĐOẠN ĐẦU TIÊN

Giai đoạn đầu tiên được xác định ở đây là trong 14 tuần đầu của thai kỳ. Xuất huyết âm đạo trong giai đoạn này có thể là dấu hiệu sảy thai.

Chẩn đoán

- Xác định mức độ ra máu nhiều hay ít, có hay không có các cục máu đông, và có kèm theo đau vùng chậu hay không.
- Kiểm tra nhóm máu Rh (yếu tố *Rhesus*).
- Khám âm đạo để xác định cổ tử cung mở hay đóng. Thường không cần khám âm đạo nếu chỉ ra máu ít và không đau. Cổ tử cung mở cho thấy có nguy cơ sẩy thai hoặc thai chết trong tử cung. Nếu có điều kiện, thực hiện việc siêu âm có thể giúp phát hiện vấn đề mà không cần khám âm đạo.

Điều trị

- Nếu người phụ nữ bị xuất huyết âm đạo có nhóm máu Rh âm, cần tiêm dưới da 500 đơn vị quốc tế kháng thể chống yếu tố D, trong vòng 72 giờ kể từ khi bắt đầu ra máu.
- Nếu xuất hiện các đốm máu nhỏ ở âm đạo nhưng không kèm theo đau, chỉ cần khuyên bệnh nhân nghỉ ngơi nhiều.
- Nếu xuất huyết âm đạo nhiều và đau, kèm theo có các cục máu đông, cần đề nghị đưa người bệnh vào bệnh viện.
- Nếu khám âm đạo thấy cổ tử cung mở, chuyển ngay người bệnh đến bệnh viện.

- Nếu tình trạng sẩy thai đã xảy ra hoàn toàn, nghĩa là thai nhi và nhau thai đã được đưa ra hết, và tình trạng ra máu đã được kiểm soát, có thể chỉ cần cho bệnh nhân nghỉ ngơi và theo dõi. Tái khám sau đó để đảm bảo không có biến chứng bất thường nào xảy ra. Nếu tiếp tục xuất huyết âm đạo, cần chuyển bệnh nhân đến theo dõi tại bệnh viện.

GIẢI ĐOẠN SAU

Giai đoạn sau được xác định là từ tuần thứ 15 trở đi. Trong giai đoạn này, mọi trường hợp xuất huyết âm đạo đều nên được thăm khám, theo dõi tại bệnh viện, cho dù việc xuất huyết có thể kèm theo đau hoặc không. Trong giai đoạn này cũng không được thăm khám âm đạo. Ra máu nhiều và đau có nguy cơ bong nhau non. Nếu người bệnh thuộc nhóm máu Rh âm, tiêm dưới da 500 đơn vị quốc tế kháng thể chống yếu tố D, trong vòng 72 giờ kể từ khi bắt đầu ra máu.

NÔN KHI MANG THAI

Buồn nôn hoặc nôn khi mang thai thường là dấu hiệu bình thường, là một trong các triệu chứng của hiện tượng ốm nghén. Triệu chứng này thường sẽ hết vào khoảng tuần thứ 14 – 16. Do đó, cần giải thích để trấn an bệnh nhân về tính chất không nguy hại của hiện tượng này.

Có thể hạn chế nôn bằng cách khuyên bệnh nhân ăn thức ăn lỏng, uống nhiều nước, chia các bữa ăn trong ngày

ra thành nhiều bữa nhỏ và không ăn một lần quá no, hạn chế các thức ăn nhiều chất béo, nhất là mỡ động vật.

Trong những trường hợp bất thường, khi nôn rất nghiêm trọng có thể làm suy yếu sức khỏe, mất nước... cần cân nhắc việc chuyển bệnh nhân đến thăm khám và điều trị tại bệnh viện. Để giảm nhẹ, có thể cho dùng *promethazin* 25mg vào buổi sáng và 50mg vào buổi chiều.

Ợ NÓNG

Là hiện tượng thức ăn sau khi vào dạ dày bị đưa ngược lên thực quản, với một lượng *acid* trong dạ dày đã được trộn lẫn nên tạo ra cảm giác nóng rát nơi cổ họng, nhiều khi lan rộng và phát triển thành một cơn đau khắp vùng ngực.

Hiện tượng này xảy ra một cách hoàn toàn tự nhiên khi mang thai, do sự lớn lên của thai gây chèn ép thể tích vùng bụng, làm cho cơ vòng giữa thực quản và dạ dày không thể đóng kín lại như bình thường. Ợ nóng có thể trầm trọng hơn khi bệnh nhân thường xuyên dùng viên sắt bổ máu.

Có thể giảm nhẹ bằng cách khuyến bệnh nhân chia nhỏ các bữa ăn trong ngày. Nếu khó chịu nhiều, có thể cho dùng thuốc kháng *acid* có hàm lượng *natri* thấp, chẳng hạn như *Maalox* 10ml, dùng sau mỗi bữa ăn.

GLUCOSE NIỆU

Để đảm bảo kết quả chính xác về lượng đường trong nước tiểu, nên lấy mẫu nước tiểu vào sáng sớm.

Sau 2 lần thử mà cho kết quả có *glucose* niệu thì cần thực hiện thử nghiệm dung nạp *glucose* sửa đổi như sau:

- Đo lượng đường trong máu khi đói.
- Cho bệnh nhân dùng một lượng đường *glucose* khoảng 75g.
- Đo lượng đường trong máu sau đó 2 giờ.

Nếu kết quả đo lúc đói > 5,8 mmol/L, hoặc kết quả đo sau đó 2 giờ > 7,8 mmol/L cho thấy hiện tượng tiểu đường thai nghén. Cần đề nghị chuyển bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa.

PROTEIN NIỆU

Sự hiện diện của một lượng nhỏ *protein* trong nước tiểu là hoàn toàn bình thường (*protein* niệu vết). Khi chẩn đoán *protein* niệu cần kiểm tra huyết áp để loại trừ khả năng nhiễm độc thai nghén, tiền sản giật. Thử nước tiểu giữa dòng (MSU) để loại trừ nhiễm trùng đường tiết niệu.

Nếu thử MSU cho kết quả âm tính, cần loại trừ các dạng bệnh thận qua việc kiểm tra *creatinin* huyết thanh và *protein* niệu trong 24 giờ. *Protein* niệu trong thời kỳ thai nghén được xác định khi > 300mg/L. Chuyển chuyên khoa nếu chẩn đoán cho kết quả xác định.

THIẾU MÁU KHI MANG THAI

Hiện tượng thiếu máu nặng trong thời gian mang thai đặc biệt nguy hiểm vì có thể làm tăng nguy cơ tử vong

chu sinh. Kèm theo đó, nếu có xuất huyết hậu sản sẽ đe dọa đến tính mạng người mẹ và thai nhi. Do đó, thai phụ thiếu máu cần được phát hiện sớm để có những biện pháp điều trị kịp thời.

Nguyên nhân

Xem ở mục *Thiếu máu* (trang 113).

Chẩn đoán

- *Hemoglobin* được đo thường xuyên vào những lần khám thai.
- Nồng độ *hemoglobin* giảm xuống trong thời gian mang thai do máu loãng. Mức độ giảm thấp trung bình thường là 10g/dl đến 11g/dl, so với nồng độ bình thường ở nữ giới là 11,5g/dl đến 16g/dl. Do đó, thiếu máu khi mang thai được chẩn đoán xác định khi nồng độ *hemoglobin* < 10 g/dl.

Điều trị

- Hầu hết các trường hợp thiếu máu nhẹ thường là do thiếu sắt (Fe) và được điều trị bằng *Pregaday* mỗi ngày một viên (chứa 100mg sắt nguyên tố và 350µg *folat*). Kiểm tra nồng độ *hemoglobin* sau 2 tuần điều trị. Hiệu quả điều trị được xác định khi nồng độ *hemoglobin* tăng ít nhất là 0,5g/dl mỗi tuần. Nếu không đạt hiệu quả này, hoặc tình trạng thiếu máu trở nên nghiêm trọng hơn, có thể tăng

gấp đôi liều dùng. Sau 2 tuần tăng liều, kiểm tra nồng độ *hemoglobin*, nếu ở mức <9g/dl, nên chuyển đến bác sĩ chuyên khoa.

- Điều trị dự phòng bằng viên sắt: Nên áp dụng đối với các phụ nữ có nguy cơ thiếu sắt cao, chẳng hạn như những người đã sinh con nhiều lần, có tiền sử thiếu máu thiếu sắt, sống trong những gia đình có chế độ ăn uống nghèo dinh dưỡng, người ăn chay...
- Điều trị dự phòng với *folat*: Nên áp dụng đối với tất cả phụ nữ mang thai, với liều 400µg mỗi ngày trong 3 tháng đầu tiên của thai kỳ. Tăng liều đến 500µg đối với các phụ nữ có nguy cơ như:
 - Trước đây đã sinh con bị nứt đốt sống hoặc có người thân trong gia đình bị nứt đốt sống.
 - Có tiền sử thiếu *folat*.
 - Khả năng hấp thụ kém.
 - Bệnh *hemoglobin*.
 - Đang điều trị bằng thuốc chống co giật, chẳng hạn như *phenytoin* (*Dihydan*, *Diphedan*...).
 - Dự đoán sinh đôi, sinh ba...
 - Đã mang thai nhiều lần.

RH ÂM

Khoảng 15% phụ nữ có yếu tố *Rhesus* (Rh) âm. Tình trạng này đặc biệt nguy hiểm khi người phụ nữ mang thai đứa con có Rh dương, vì cơ thể người mẹ có thể tạo

ra kháng thể chống lại nhóm máu của đứa con, gọi là *bất tương hợp Rhesus*. Trường hợp này có thể gây ra thiếu máu tán huyết sơ sinh ở đứa trẻ.

Chẩn đoán

- Xét nghiệm máu được thực hiện vào các lần khám thai ở tuần thứ 28 và thứ 36 để sàng lọc các kháng thể Rh.

Điều trị

- Những bà mẹ có Rh âm cần được tiêm kháng thể chống yếu tố D (kháng D) sau khi sinh để ngừa sự phát triển của kháng thể kháng D.
- Dùng 500 đơn vị quốc tế (IU) huyết thanh miễn dịch kháng D (*anti-D immunoglobulin*) cho tất cả các phụ nữ có Rh âm ngay sau khi:
 - Sẩy thai tự nhiên sau tuần thứ 12.
 - Kết thúc thai nghén.
 - Chọc màng ối qua bụng.
 - Có thai ngoài tử cung.
 - Ra máu trước khi sinh.

TIỀN SẢN GIẬT

Là tình trạng bệnh rất nghiêm trọng có thể xảy ra cho phụ nữ mang thai vào khoảng tuần thứ 20 của thai kỳ, bao gồm các triệu chứng huyết áp cao, phù và *protein* niệu. Tiền sản giật xuất hiện ở khoảng 7% sản phụ, thường gặp

ở những phụ nữ có thai lần đầu tiên và dưới 25 tuổi hoặc trên 35 tuổi, và thường gặp hơn nữa ở những phụ nữ mắc bệnh tiểu đường, cao huyết áp hoặc bệnh thận. Tiền sản giật không được điều trị tốt sẽ có nguy cơ sản giật, có thể gây tử vong cho cả người mẹ và thai nhi.

Chẩn đoán

- Nghi tiền sản giật khi huyết áp tăng cao đến >140/90 mmHg (so với bình thường là 110/75 mmHg) sau tuần thứ 20 của thai kỳ, hoặc huyết áp tâm trương tăng trên 20 mmHg so với lần khám thai trước đó.
- *Protein* niệu cũng là một dấu hiệu khác của tiền sản giật.
- Có thể có hiện tượng phù ở mặt trước xương chày hoặc phù toàn thân.

Xử trí

- Đề nghị bệnh nhân đến khám tại bệnh viện, trong khi vẫn tiếp tục theo dõi hằng ngày về huyết áp, *protein* niệu, tình trạng phát triển của thai.
- Nếu *protein* niệu gia tăng, nên đề nghị vào bệnh viện để được theo dõi.
- Những trường hợp nhẹ có thể dùng thuốc hạ huyết áp để kiểm soát huyết áp. Trường hợp nặng xảy ra gần ngày sinh hoặc có nguy cơ xảy ra cơn sản giật cần được theo dõi trong bệnh viện để có thể giục sinh hoặc cho sinh mổ ngay lập tức.

NGÔI LỆCH

Là các trường hợp bất thường về vị trí của thai nhi. Ngôi tiên, ngôi ngang hay ngôi ngược đều là những trường hợp cần được khám tại bệnh viện từ tuần thứ 34 của thai kỳ.

ĐẦU CAO

Thuật ngữ “đầu cao” có nghĩa là thai nhi nằm hoàn toàn bên ngoài xương chậu. Điều này không quan trọng lắm đối với những phụ nữ đã sinh con nhiều lần qua đường âm đạo, nhưng có thể cần chú ý đối với các phụ nữ sinh con lần đầu tiên.

Trước khi chẩn đoán, phải đảm bảo bàng quang hoàn toàn rỗng. Đề nghị bệnh nhân dùng khuỷu tay cố nâng phần trên cơ thể lên có thể làm cho đầu thai tụt xuống.

Phụ nữ sinh con so nên khám bác sĩ chuyên khoa vào tuần thứ 34 của thai kỳ và siêu âm để đánh giá vị trí của bánh nhau. Ngay cả những phụ nữ đã sinh con nhiều lần cũng cần khám để đánh giá vị trí nhau thai vào tuần thứ 38 của thai kỳ.

ĐAU LƯNG

Đau lưng là một triệu chứng phổ biến ở nhiều phụ nữ khi mang thai, thường là đau ở vùng thắt lưng do giãn dây chằng. Đây là một hiện tượng bình thường không cần phải lo lắng. Hướng dẫn người bệnh về những tư thế

đúng, tránh việc ưỡn cột sống vào lúc đứng cũng như lúc ngồi. Có thể dùng một vật đỡ phía sau lưng có tính đàn hồi. Tránh nâng những vật nặng.

RA MÁU SAU KHI SINH

Sản dịch sau khi sinh thường dứt trong vòng 6 tuần, nhưng cũng có thể kéo dài thêm 1 – 2 tuần nữa. Tuy nhiên, chỉ cần có dấu hiệu thực sự ngày càng giảm dần và chuyển sang màu hồng hay nâu, sản phụ có thể không cần lo lắng.

- Nếu sản dịch có màu sẫm đỏ và ít, có thể dùng viên uống *ergometrin* 500µg 3 lần mỗi ngày, liên tục trong 3 ngày.
- Nếu có nghi ngờ viêm nội mạc tử cung, dùng *Co-amoxiclav* mỗi ngày 3 lần, liên tục trong 7 ngày.
- Nếu ra máu nhiều, nhất là có các cục máu đông, hoặc kèm theo sốt cao, cần chuyển bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa. Có thể cần siêu âm để quyết định việc nạo tử cung.

SỐT SAU SINH

Sốt sau khi sinh thường là do nhiễm trùng, nhưng cũng có thể do nguyên nhân khác. Các nguyên nhân thường gặp là:

- Nhiễm trùng đường niệu (*urinary tract infection*).
- Huyết khối tĩnh mạch sâu (*deep veins thrombosis*).

- Nhiễm trùng vú.
- Viêm nội mạc tử cung, thường kèm theo dịch thái có mùi hôi và đau bụng dưới, cần đưa vào bệnh viện để nạo tử cung và điều trị bằng kháng sinh tiêm tĩnh mạch. Trong trường hợp dịch thái có mùi hôi không kèm theo sốt có thể điều trị tại nhà với *amoxicillin* và *metronidazol* hay *co-amoxiclav*.

TRẦM CẢM SAU SINH

Tâm trạng buồn nản vô cơ sau khi sinh là một hiện tượng tâm lý bình thường. Khoảng 50% – 70% phụ nữ trải qua một tâm lý buồn bã vô cơ sau khi sinh, thường là trong tuần đầu tiên. Trầm cảm là một trạng thái nghiêm trọng hơn, xuất hiện ở khoảng 10% – 15% sản phụ và thường kéo dài trong khoảng 3 tháng đầu tiên sau khi sinh.

Chẩn đoán

- Bệnh nhân thường không tự ý thức được trạng thái trầm cảm mà họ đang chịu đựng. Vì thế, việc chẩn đoán thường khó khăn.
- Chẩn đoán thường dựa vào các biểu hiện thực tế kết hợp kiểm tra những nguyên nhân về thể trạng, chẳng hạn như thiếu máu, giảm năng tuyến giáp...
- Cần chú ý một số yếu tố nguy cơ có thể dẫn đến trầm cảm sau khi sinh:
 - Có tiền sử trầm cảm trong quá khứ.

- Tiền sử gia đình có người thân bị trầm cảm.
- Những bất ổn trong quan hệ tình cảm giữa người bệnh với thân nhân, nhất là với người mẹ.
- Những bất ổn trong quan hệ hôn nhân.
- Những yếu tố gây căng thẳng tâm lý trong cuộc sống.
- Những bất ổn về tâm lý, tình cảm trong thời gian mang thai.
- Phụ nữ sinh con lần đầu tiên.

Điều trị

- Các yếu tố tình cảm, tâm lý đóng vai trò quan trọng trong việc làm giảm sự trầm cảm. Người bệnh cần được gần gũi, chia sẻ tình cảm, có cơ hội để bộc lộ những suy nghĩ, tâm sự riêng tư.
- Dùng thuốc chống trầm cảm nếu trạng thái trầm cảm tỏ ra ngày càng trầm trọng hơn. Hầu hết các loại thuốc đều có đi vào sữa mẹ. Dùng *lofepranin* 70mg – 210mg vào mỗi buổi tối có thể đảm bảo an toàn khi đang cho con bú. Đôi khi có thể cần đến liều cao hơn.

KIỂM TRA SAU SINH

Thường được thực hiện vào tuần thứ 6 sau khi sinh, nhằm kiểm tra đánh giá tình trạng sức khỏe cũng như tâm lý của người phụ nữ.

Khi kiểm tra sau sinh, các yếu tố sau đây thường được chú ý:

- Tình trạng ra máu ở âm đạo.
- Tình trạng sản dịch sau khi sinh.
- Giấc ngủ.
- Các yếu tố tình cảm, tâm lý, các dấu hiệu bình thường hay bất thường.
- Cảm giác khó chịu ở vùng đáy chậu.
- Biện pháp ngừa thai cần áp dụng.
- Bệnh *rubella*.
- Huyết áp, nhất là với những phụ nữ có tăng huyết áp trong thời gian mang thai trước đó.
- Trọng lượng cơ thể.
- Bụng dưới trong tư thế giãn cơ. Khi cơ thẳng bụng có khoảng cách đáng kể (có thể đưa 3 ngón tay vào giữa), nên chuyển đến bác sĩ điều trị vật lý sản khoa.
- Những bất thường ở vú, chẳng hạn như đau đầu vú.
- Tổn thương vùng đáy chậu. Giao hợp có thể không còn thấy đau nhưng vẫn còn cảm giác đau và nhạy cảm ở vùng đáy chậu.

NHỮNG VẤN ĐỀ KHI CHO CON BÚ

Những vấn đề nảy sinh khi cho con bú thường không nghiêm trọng, nhưng lại có thể gây nhiều lo lắng hoặc căng thẳng về tâm lý, nhất là đối với những người mẹ trẻ mới có con lần đầu tiên. Vì thế, ngoài các biện pháp cụ thể để xử trí trong từng trường hợp, người mẹ cũng cần được giải thích và trấn an về từng vấn đề để có thể thực sự yên tâm là sẽ không có gì nghiêm trọng ảnh hưởng đến sức khỏe đứa bé.

ÍT SỮA

Xảy ra ở hầu hết các bà mẹ mới có con lần đầu tiên, và điều này là hoàn toàn bình thường. Bầu vú mẹ hoạt động theo cơ chế tương quan giữa cung và cầu, và chỉ bắt đầu tiết ra nhiều sữa khi được kích thích bởi những lần trẻ bú. Vì thế, chỉ đơn giản là tiếp tục cho trẻ bú, không bao lâu dòng sữa tiết ra sẽ nhiều hơn. Tuy nhiên, một vài nguyên nhân khác cũng có thể gây hiện tượng ít sữa và cần hiểu rõ để có biện pháp xử trí thích hợp.

Nguyên nhân

- Những lần cho bú đầu tiên, bầu vú chưa được kích thích nên tiết sữa hạn chế.
- Người mẹ quá mệt mỏi vào lúc cho con bú, nhất là những lần cho bú về đêm.

- Người mẹ có nhiều căng thẳng về tâm lý, bực tức, lo âu hoặc sợ hãi. Yếu tố tâm lý rất quan trọng trong việc làm cho sự tiết sữa giảm đi. Sự thay đổi tâm lý sau khi sinh thường làm người mẹ khó ngủ về đêm, góp phần tăng thêm sự mệt mỏi. Ngoài ra, môi trường tình cảm không tốt đẹp, thiếu sự cảm thông của những người chăm sóc có thể tạo nên tâm lý bực tức, buồn nản. Khi bú không đủ sữa, trẻ khóc nhiều càng làm cho người mẹ lo lắng, căng thẳng hơn, và do đó sữa càng ít đi.
- Chế độ ăn uống không hợp lý, không cung cấp đủ dinh dưỡng cho người mẹ.
- Trẻ không được cho bú đều đặn, thường là do có cho trẻ bú dặm thêm sữa bình.

Chẩn đoán

- Tình trạng ít sữa thường được nhận ra do biểu hiện không thỏa mãn của đứa trẻ khi được cho bú. Trẻ thường khóc nhiều khi mút không đủ sữa từ vú mẹ. Người mẹ cũng có thể nhận biết khi vú tiết ít sữa.
- Tìm hiểu các yếu tố liên quan, thời gian biểu sinh hoạt hằng ngày của người mẹ, các yếu tố tâm sinh lý... để xác định nguyên nhân gây ít sữa.

Xử trí

Xử trí từng trường hợp tùy thuộc vào kết quả chẩn đoán nguyên nhân gây ít sữa.

- Nếu ít sữa trong những lần cho bú đầu tiên, chỉ cần tiếp tục cho trẻ bú, sữa sẽ tiết ra ngày càng nhiều hơn.
- Người mẹ cần được nghỉ ngơi nhiều hơn, nhất là không để thiếu ngủ. Trong những tháng đầu tiên, trẻ có nhu cầu bú khi đói, nên thường là những lần bú của trẻ cách nhau một quãng thời gian nào đó, bất kể là ngày hay đêm. Điều này thường làm cho người mẹ mệt mỏi vì giấc ngủ đêm bị gián đoạn. Do đó, người mẹ cần có thời gian nghỉ ngơi vào ban ngày để bù lại. Khi giảm bớt hoặc xóa bỏ được sự mệt mỏi vào lúc cho con bú, việc tiết sữa sẽ được cải thiện đáng kể.
- Tạo môi trường tình cảm, tâm lý tốt đẹp hơn. Những người chăm sóc cho người mẹ cần có sự cảm thông thích hợp, chia sẻ những ưu tư lo lắng của người mẹ trẻ và an ủi, khuyến khích người mẹ vượt qua những căng thẳng về tâm lý. Bản thân người mẹ cũng cần được giải thích về điều này để tự mình cố gắng duy trì một trạng thái tâm lý quân bình, thoải mái. Điều đó sẽ giúp cho hoạt động tiết sữa trở lại bình thường.

- Cải thiện chế độ dinh dưỡng cho người mẹ. Những quan điểm kiêng khem trước đây thường không có cơ sở khoa học và rất dễ dẫn đến tình trạng suy dinh dưỡng. Người mẹ cần được ăn đầy đủ các thức ăn giàu dinh dưỡng mới có thể đủ sữa cho con bú.
- Do sự tiết sữa phụ thuộc vào sự kích thích của những lần cho trẻ bú, nên cần phải cho trẻ bú không hạn chế, bất cứ khi nào trẻ đói. Mỗi lần cho trẻ bú, bầu vú được kích thích sẽ tạo điều kiện tiết sữa nhiều hơn. Ngược lại, nếu vì sợ trẻ bú không đủ sữa mà cho trẻ bú dặm sữa bình, bầu vú sẽ không nhận được những kích thích đủ để tiếp tục tiết ra nhiều sữa, và do đó sữa ngày càng ít đi.

ĐẦU VÚ ĐAU HOẶC NỨT

Thường là do tư thế ngậm núm vú của trẻ không đúng. Cần phải cho trẻ ngậm hết cả quầng vú, đầu vú sát với vòm miệng trẻ để tránh sự cọ sát với lưỡi. Nên cho trẻ bú liên tục đến khi no sữa, không gián đoạn những lần bú của trẻ.

- Thường thì các loại kem thoa, thuốc mỡ bôi tại chỗ rất ít khi có hiệu quả.
- Có thể dùng sữa mẹ bôi lên chỗ đầu vú đau và để cho khô đi.
- Thường xuyên giữ núm vú khô cũng hạn chế đau đầu vú.

- Đừng để bầu vú quá căng. Nếu chưa đến giờ trẻ bú mà bầu vú quá căng, có thể nặn bớt ra một ít sữa.

BẦU VÚ CĂNG TỨC

- Cho trẻ bú đúng tư thế.
- Cho trẻ bú thường xuyên.
- Vắt bớt sữa ra nếu vú căng tức vào lúc trẻ không bú.
- Dùng vải mềm thấm nước ấm đắp lên bầu vú có thể làm giảm nhẹ sự căng tức.
- Trong một số trường hợp, đắp khăn lạnh lên bầu vú sau mỗi lần cho bú cũng có hiệu quả.

VIÊM VÚ

Nguyên nhân

- Có thể do nhiễm trùng qua đầu núm vú, xảy ra trong tháng đầu tiên cho con bú.
- Viêm vú cũng có thể là do sự thay đổi nồng độ các *hormon* trong cơ thể.
- Khoảng một nửa số trường hợp có thể không do nhiễm khuẩn, thường liên quan đến tư thế cho con bú, tình trạng căng tức vú hoặc tắc ống dẫn sữa.

Chẩn đoán

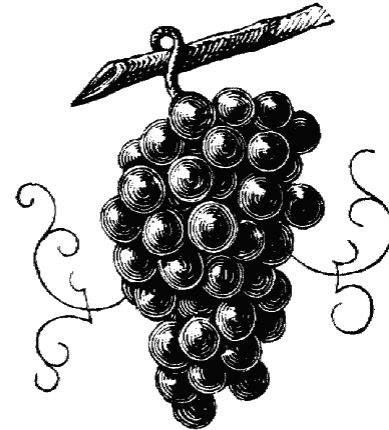
- Vú bị viêm thường sưng đỏ, sờ thấy nóng ấm, gây đau.
- Nếu viêm do nhiễm trùng, thường kèm theo sốt.
- Có thể dẫn đến áp-xe vú.

Điều trị

- Kiểm tra tư thế cho trẻ bú. Cần cho trẻ bú đúng tư thế.
- Nếu chỉ đau một bên vú, cho trẻ bú vú đau trước.
- Xoa bóp bầu vú trong lúc đang cho trẻ bú có thể làm tăng dòng chảy của sữa về đầu vú, giảm bớt sự căng tức.
- Nặn bớt sữa để giảm căng tức vào lúc trẻ không bú.
- Trường hợp xác định nhiễm trùng, có thể điều trị bằng *flucloxacillin* 500mg mỗi ngày 4 lần, hoặc thay bằng *erythromycin* nếu bệnh nhân dị ứng với nhóm *penicillin*. Có thể dùng kèm thuốc giảm đau. Cần chú ý là việc điều trị bằng kháng sinh có thể làm thay đổi mùi vị của sữa và có thể gây tiêu chảy cho đứa bé.

HẠN CHẾ TIẾT SỮA

- Sự tiết sữa sẽ giảm đi một cách hoàn toàn tự nhiên khi người mẹ không cho con bú trong vòng 5 ngày.
- Nếu cần hạn chế tiết sữa sớm hơn, chẳng hạn như trong trường hợp đứa trẻ chết sau khi sinh, có thể dùng *bromocriptin* 2,5mg mỗi ngày một lần trong 2 – 3 ngày. Sau đó tăng lên 2 lần mỗi ngày trong 2 tuần.



Phụ khoa

HỘI CHỨNG TIỀN KINH NGUYỆT

Là một số những triệu chứng thực thể và tâm lý xảy ra vào thời điểm 1 – 2 tuần trước khi người phụ nữ có kinh. Các triệu chứng này thường bắt đầu trước hay sau thời điểm rụng trứng và kéo dài cho đến lúc có kinh.

Khoảng 90% phụ nữ trải qua hội chứng tiền kinh nguyệt vào một thời điểm nào đó trong đời. Trong một số trường hợp, các triệu chứng có thể nghiêm trọng đến mức gây ảnh hưởng đến sinh hoạt trong đời sống.

Nguyên nhân

- Nguyên nhân cụ thể vẫn chưa được xác định. Hiện các nguyên nhân sau đây được nghi ngờ nhưng chưa được chứng minh:
 - Sự thay đổi các *hormon* (nội tiết tố) *estrogen* và *progesteron*.
 - Thiếu *vitamin E*, *vitamin B₆*, *magnesi*, *prostaglandin*.

Chẩn đoán

- Triệu chứng thực thể thường bao gồm:
 - Mệt mỏi.
 - Phù.
 - Đau đầu.
 - Đau lưng.
 - Đau bụng dưới.
- Triệu chứng tâm lý thường bao gồm:
 - Trầm uất.
 - Dễ cáu gắt, giận dữ.
 - Căng thẳng.
- Cần phân biệt giữa hội chứng tiền kinh nguyệt (có các triệu chứng thực thể) với tình trạng rối loạn tâm lý tiền kinh nguyệt (thường không có các triệu chứng thực thể) thường phát triển ngày càng nghiêm trọng hơn.

Điều trị

- Nâng đỡ về tâm lý, an ủi và chia sẻ cảm giác bực dọc của người bệnh có thể mang lại hiệu quả tốt.
- Hướng dẫn người bệnh gia tăng vận động cơ thể, làm tăng sự giải phóng *endorphin* có thể làm cho các triệu chứng giảm nhẹ và dễ chịu hơn.

- Chú ý đến chế độ ăn uống điều độ, đầy đủ và cân bằng dinh dưỡng, đảm bảo duy trì ổn định nồng độ đường trong máu.
- Nếu phải dùng thuốc, nên khởi đầu với vitamin B₆ (*pyridoxin*), 10mg mỗi ngày.
- Có thể dùng *progesteron* và *progestogen* khi nghi ngờ thiếu một phần *progesteron* trong giai đoạn hoàng thể của chu kỳ. Do đó, việc điều trị chỉ áp dụng trong giai đoạn hoàng thể.
 - *Progesteron* tự nhiên hấp thụ kém qua đường uống, do đó thường được dùng qua đường hậu môn hay âm đạo, mỗi ngày từ 100 – 800mg.
 - *Progesteron* tổng hợp dạng uống, chẳng hạn như *dydrogesteron* 10mg mỗi ngày 2 lần hoặc *norethisteron* 5mg mỗi ngày 3 lần. Viên uống tránh thai chứa *progesteron* cũng có thể dùng có hiệu quả.
- *Estrogen* có thể được sử dụng khi nguyên nhân của các triệu chứng được cho là do hoạt động của buồng trứng, vì *estrogen* ức chế rụng trứng.
- Viên cấy dưới da *estradiol* 100mg hoặc miếng dán qua da *estradiol* (2x100µg) dùng mỗi tuần 2 lần, điều trị kết hợp với một dạng *progesteron* viên uống, chẳng hạn như *norethisteron* 5mg mỗi ngày, từ ngày thứ 19 – 26 của chu kỳ kinh nguyệt để ngăn ngừa tăng sản nội mạc tử cung.

- *Acid mefenamic* 250 – 500mg, mỗi ngày 3 lần, có thể bắt đầu từ khoảng 12 ngày trước khi có kinh, dùng liên tục cho đến khi có kinh được vài ngày.
- Thuốc lợi tiểu đôi khi được dùng để điều trị dịch ứ trong giai đoạn hoàng thể.
- Có thể dùng *Bromocriptin* 2,5mg mỗi ngày 1 lần trong giai đoạn hoàng thể để điều trị đau vú theo chu kỳ.

CHẢY MÁU ÂM ĐẠO NGOÀI CHU KỲ KINH NGUYỆT HOẶC SAU GIAO HỢP

Các trường hợp chảy máu âm đạo ngoài chu kỳ kinh nguyệt nếu thỉnh thoảng mới xảy ra một lần không phải là triệu chứng đáng lo ngại. Tuy nhiên, nếu chảy máu xảy ra thường xuyên, cần xem xét tìm hiểu nguyên nhân. Chảy máu liên tục là dấu hiệu gợi ý một trường hợp ung thư biểu mô (*carcinoma*), trừ khi xác định được một nguyên nhân khác.

Nguyên nhân

- Có thai.
- Do dùng thuốc tránh thai.
- Đặt dụng cụ tránh thai trong tử cung.
- Viêm nội mạc tử cung.
- Ung thư nội mạc tử cung.

- Ung thư cổ tử cung.
- U xơ tử cung.
- Trầy xước cổ tử cung.
- *Polyp*.

Chẩn đoán

- Làm thử nghiệm thai nghén.
- Chẩn đoán loại trừ ngay các trường hợp ác tính như ung thư...
- Chảy máu sau giao hợp có thể do trầy xước cổ tử cung.
- Phụ nữ trên 40 tuổi luôn cần được khám chuyên khoa, trừ khi triệu chứng chảy máu đã được giải quyết sau khi loại trừ một nguyên nhân nào đó, chẳng hạn như *polyp*.
- Khi chảy máu âm đạo xảy ra liên tục không rõ nguyên nhân, nhất thiết phải chuyển bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa.

Điều trị

- Nếu đang dùng viên uống tránh thai hỗn hợp và chảy máu âm đạo bất thường kéo dài trên 3 tháng, đề nghị thay thế một loại viên tránh thai có lượng *progesteron* cao hơn.
- Nếu có dùng dụng cụ tránh thai đặt trong tử cung

- và chảy máu âm đạo bất thường kéo dài trên 3 tháng, đề nghị lấy ra và thay bằng một biện pháp tránh thai khác.
- Nếu có *polyp* cổ tử cung, có thể vận xoắn và sinh thiết, gửi đi làm mô học. Chuyển bác sĩ chuyên khoa nếu thấy *polyp* nằm trên nội mạc cổ tử cung.
- Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng, có thể điều trị bằng kháng sinh.

ĐAU BỤNG KINH

Là tình trạng đau và khó chịu trong suốt thời gian hành kinh hoặc chỉ ngay trước thời gian hành kinh.

Đau kinh nguyên phát là triệu chứng phổ biến ở hầu hết các thiếu nữ khi có kinh lần đầu và có thể kéo dài đến 2 – 3 năm. Đau thường giảm sau tuổi 25 và hiếm khi kéo dài đến lúc sinh con.

Đau kinh thứ phát là trường hợp đau xảy ra ở tuổi trưởng thành, do một số nguyên nhân bệnh lý cụ thể, chẳng hạn như lạc nội mạc tử cung, viêm vùng chậu...

Đau bụng kinh đôi khi có thể kèm theo với *hội chứng tiền kinh nguyệt*, nhưng cũng có thể không có.

Đau kinh nguyên phát

- Thường gặp ở hầu hết các thiếu nữ có kinh lần đầu tiên, xảy ra trong vòng 12 tháng sau khi bắt đầu có kinh nguyệt.

- Đau kinh nguyên phát là triệu chứng tự nhiên, không kèm theo bệnh lý vùng chậu.
- Đau thường xuất hiện ở vùng bụng dưới, đau thành từng cơn hoặc âm ỉ ở vùng lưng dưới. Có thể có buồn nôn hoặc nôn.
- Các cơn đau thường bắt đầu trước khi hành kinh và kéo dài không quá 12 giờ. Khoảng 10% trường hợp đau có thể nghiêm trọng đến mức phải nghỉ việc. Trong hầu hết các trường hợp, đau thường có khuynh hướng giới hạn trong 2 ngày đầu tiên của kỳ kinh.
- Các chất ức chế *prostaglandin synthetase*, chẳng hạn như *acid mefenamic* 250mg – 500mg, mỗi ngày 3 lần, hoặc *naproxen* 250mg – 500mg mỗi ngày 2 lần có thể giúp giảm nhẹ các triệu chứng.
- Dùng viên uống tránh thai hỗn hợp có thể có hiệu quả, dĩ nhiên là trong trường hợp có nhu cầu tránh thai. Tác động của thuốc có thể là do làm giảm sản xuất *prostaglandin* trong nội mạc tử cung.

Đau kinh thứ phát

- Đau kinh xuất hiện vào độ tuổi trưởng thành, thường là khoảng một vài năm sau khi bắt đầu có kinh nguyệt, kèm theo một bệnh lý vùng chậu như viêm nội mạc tử cung, viêm vùng chậu, lạc nội mạc tử cung...

- Thường có sự thay đổi khác nhau về mức độ và thời gian đau.
- Đau có thể bắt đầu trước khi có kinh và tiếp tục kéo dài suốt thời gian hành kinh.
- Khi thăm khám có thể dùng mỏ vịt và thăm khám bằng hai tay để phát hiện bệnh lý vùng chậu.
- Nếu đang dùng dụng cụ tránh thai đặt trong tử cung, có thể xem xét việc lấy ra và chuyển sang dùng một biện pháp tránh thai khác.
- Nếu có các triệu chứng viêm vùng chậu, làm nút gạc sâu trong âm đạo và màng trong cổ tử cung, kể cả nút gạc bệnh *chlamydia* trong môi trường vận chuyển đặc biệt. Cho dùng kháng sinh thích hợp.

LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

Lạc nội mạc tử cung là tình trạng những mảnh nội mạc tử cung xuất hiện ở những vị trí bất thường, chẳng hạn như trong khung chậu.

Lạc nội mạc tử cung thường gặp ở phụ nữ từ 25 – 40 tuổi, có thể gây ra vô sinh. Lạc nội mạc tử cung là nguyên nhân chủ yếu gây đau kinh thứ phát.

Nguyên nhân

- Nguyên nhân chắc chắn gây ra lạc nội mạc tử cung vẫn chưa được xác định. Trong diễn tiến thực tế, một số mảnh nội mạc tử cung tróc ra trong thời

gian hành kinh trôi ngược vào vòi trứng và lọt vào khung chậu, sau đó dính chặt và phát triển tại đây.

- Những mảnh nội mạc tử cung lạc chỗ vẫn đáp ứng với chu kỳ kinh nguyệt giống như nội mạc ở trong tử cung, nghĩa là vẫn chảy máu theo chu kỳ kinh nguyệt. Lượng máu này không thể thoát ra ngoài được nên tụ lại thành bục máu lớn dần sau mỗi kỳ kinh, gây đau kinh.

Chẩn đoán

- Lạc nội mạc tử cung thường gây chảy máu âm đạo bất thường và chảy máu nhiều trong giai đoạn hành kinh.
- Đau bụng dưới kèm theo đau lưng. Đau thường gia tăng mức độ nhiều hơn về cuối kỳ kinh.
- Đau khi giao hợp.
- Có thể kèm theo một số các triệu chứng ở đường tiêu hóa như tiêu chảy hoặc táo bón, đau mỗi lần đại tiện...
- Đôi khi có chảy máu trực tràng vào giai đoạn hành kinh.
- Một số ít trường hợp lạc nội mạc tử cung không có triệu chứng.
- Chẩn đoán xác định qua nội soi ổ bụng, thăm khám vùng khoang bụng bằng máy nội soi.

Điều trị

- Dùng các chất ức chế *prostaglandin synthetase*, chẳng hạn như *acid mefenamic* 250mg – 500mg, mỗi ngày 3 lần, hoặc *naproxen* 250mg – 500mg mỗi ngày 2 lần khi có đau vùng chậu.
- Có thể dùng viên tránh thai kết hợp loại có hàm lượng *progesteron* cao, chẳng hạn như *Eugynon*, khi có kèm theo nhu cầu tránh thai.
- *Progestogen*, chẳng hạn như *dydrogesterone* hoặc *medroxyprogesterone* 30mg mỗi ngày.
- *Danazol* 100 – 800mg mỗi ngày, tùy theo mức độ kiểm soát các triệu chứng. Tác dụng phụ chủ yếu là tạo nam tính.
- Các triệu chứng trầm trọng cần chuyển chuyên khoa, có thể cần phải phẫu thuật loại bỏ bục máu kết hợp với dùng thuốc. Trong một số trường hợp, khi bệnh nhân vào tuổi mãn kinh hoặc quyết định không có con nữa, có thể phẫu thuật cắt bỏ tử cung.

RONG KINH

Rong kinh là tình trạng chảy máu âm đạo nhiều một cách bất thường khi hành kinh, thường khoảng trên 90ml, so với mức độ thông thường trung bình chỉ có khoảng 60ml. Cần phân biệt với *đa kinh* là tình trạng rút ngắn chu kỳ kinh nguyệt, khiến cho người bệnh có nhiều kỳ

kinh hơn so với người bình thường. Nếu lượng máu ra nhiều nhưng đều đặn thì hiếm khi có liên quan đến bệnh lý vùng chậu.

Nguyên nhân

- Do sự mất cân bằng giữa 2 loại *hormon* kiểm soát chu kỳ kinh nguyệt là *estrogen* và *progesteron*, làm cho lớp nội mạc tử cung trở nên quá dày, và do đó lượng máu ra nhiều hơn.
- Rong kinh cũng có thể do một số bệnh tử cung như u xơ tử cung, *polyp*, viêm vùng chậu...
- Trong một số trường hợp là do dùng dụng cụ tránh thai đặt trong tử cung.

Chẩn đoán

- Xác định lượng máu ra trong mỗi kỳ kinh nhiều đến mức độ nào.
- Máu ra đều đặn hay có dấu hiệu bất thường, có hay không có các cục máu đông.
- Tìm hiểu các triệu chứng của bệnh thiếu máu.
- Xác định nồng độ *hemoglobin*.
- Thăm khám vùng chậu để phát hiện các nguyên nhân bệnh lý, chẳng hạn như u buồng trứng hay u tử cung... Có thể siêu âm vùng chậu nếu cần.
- Kiểm tra *hormon* kích thích nang noãn (FSH) nếu nghi ngờ là ở giai đoạn mãn kinh.

- Phụ nữ dưới 40 tuổi bị rong kinh thường ít nguy cơ có liên quan đến bệnh lý thực thể. Nếu là phụ nữ trên 40 tuổi, cần thăm khám kỹ để phát hiện các bệnh lý thực thể.
- Nếu rong kinh khởi phát đột ngột, cần xem xét ngay đến việc chuyển chuyên khoa.

Điều trị

- Nếu đang dùng dụng cụ tránh thai đặt trong tử cung, đề nghị lấy ra và xem xét việc thay thế bằng một biện pháp tránh thai khác.
- Hướng dẫn người bệnh ghi chép đầy đủ thông tin về mỗi kỳ kinh nguyệt.
- Dùng *acid mefenamic* 250 – 500mg, mỗi ngày 3 lần. Chỉ dùng trong lúc hành kinh, vào khoảng vài ngày khi có chảy máu nhiều nhất.
- Nếu kèm theo nhu cầu tránh thai, cho dùng viên tránh thai kết hợp với hàm lượng *progesteron* cao có thể có hiệu quả.
- *Progestogen*, chẳng hạn như *norethisterone* 5-10mg mỗi ngày 2 lần, từ ngày thứ 19 đến ngày thứ 26 của chu kỳ kinh nguyệt. Nếu chu kỳ kinh nguyệt bị rút ngắn, bắt đầu liệu trình kéo dài 8 ngày này vào khoảng 10 ngày trước kỳ kinh. Lý do sử dụng *progestogen* vẫn chưa được giải thích rõ.

- Để kiểm soát khi ra máu quá nhiều, cho dùng *norethisterone* đến liều tối đa 10mg, mỗi ngày 3 lần. Thường thì máu sẽ ngừng chảy sau 48 giờ. Khi đó, giảm liều còn 5mg, mỗi ngày 2 lần, liên tục trong 12 ngày. Thường thì bệnh nhân có thể bị chảy máu khi ngừng thuốc.
- Trong một số trường hợp, có thể cân nhắc sử dụng:
 - Thuốc kháng tiêu *fibrin*, chẳng hạn như *acid aminocaproic*, 1 – 2 gói, mỗi ngày 4 lần, hoặc *ethamsylate* 500mg, mỗi ngày 4 lần trong thời gian hành kinh. Chỉ dùng ngắn hạn.
 - *Danazol* 200mg mỗi ngày, liên tục trong 3 tháng. Rất thường gặp tác dụng phụ.
- Khi bệnh nhân tỏ ra không đáp ứng với điều trị, cân nhắc việc chuyển chuyên khoa, có thể phải điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ nội mạc tử cung hoặc tử cung.

VÔ KINH

Vô kinh có nghĩa là không có kinh nguyệt vào thời điểm được dự kiến như thông thường, trừ trường hợp mất kinh tự nhiên khi có thai. Vô kinh có thể gây ra nhiều lo lắng khi người bệnh không hiểu rõ nguyên nhân và có thể liên tưởng đến nhiều hệ quả xấu khác, chẳng hạn như khả năng sinh sản.

Vô kinh nguyên phát xuất hiện ngay từ khi mới lớn lên, nghĩa là một thiếu nữ đến tuổi có kinh nguyệt nhưng không thấy xuất hiện kinh nguyệt, thường là do những dị tật bẩm sinh. Có thể phát hiện qua thăm khám bộ phận sinh dục ngoài và tìm những đặc tính sinh dục thứ phát như to vú, lông ở vùng mu, nách... Nếu phát hiện các bất thường, chuyển bác sĩ chuyên khoa.

Vô kinh thứ phát là tình trạng vô kinh xuất hiện sau một thời gian đã có kinh nguyệt như bình thường, trừ trường hợp có thai. Nguyên nhân thường gặp nhất là sự giảm cân nhanh, các rối loạn tình cảm hoặc sau khi dùng thuốc tiêm tránh thai, nghĩa là có liên quan đến vùng dưới đồi trong não bộ. Luôn phải loại trừ khả năng có thai. Ngoài các nguyên nhân trên, hầu như các trường hợp khác đều liên quan đến sự rối loạn các *hormon* kiểm soát kinh nguyệt.

Chẩn đoán

- Chẩn đoán vô kinh thứ phát thường phải lưu ý đến các yếu tố như:
 - Ngày bắt đầu những kỳ kinh thông thường.
 - Thời điểm kỳ kinh cuối cùng.
 - Chu kỳ kinh nguyệt khi còn bình thường.
 - Các thay đổi như giảm cân, căng thẳng tâm lý.

- Các loại thuốc đang dùng, nhất là viên tránh thai kết hợp.
 - Tuyến vú tiết nhiều sữa, thường xảy ra trong tăng *prolactin* huyết.
 - Các triệu chứng mãn kinh, chẳng hạn như suy buồng trứng sớm.
 - Chứng rậm lông, xảy ra trong hội chứng buồng trứng đa nang.
- Ngoài ra, có thể cần tiến hành một số xét nghiệm chẩn đoán như:
- *Prolactin* huyết thanh, thường tăng trong *prolactin* huyết.
 - FSH/LH huyết thanh, tăng trong trường hợp mãn kinh sớm.
 - *Testosterone* huyết thanh, thường tăng nhẹ cùng với LH và đôi khi *prolactin* trong hội chứng buồng trứng đa nang.
 - T4 huyết thanh.

Xử trí

- Nếu các xét nghiệm máu cho kết quả bình thường, vô kinh có thể là do vùng dưới đồi. Bệnh nhân nên được giải thích trấn an là hiện tượng vô kinh rồi sẽ qua đi và kinh nguyệt sẽ trở lại như trước.
- Nếu các xét nghiệm máu cho kết quả bất thường, chuyển chuyên khoa thích hợp.

ĐAU VÙNG CHẬU

Chẩn đoán

- Ngoài chứng viêm vùng chậu, đau vùng chậu còn là dấu hiệu của nhiều bệnh lý khác như:
- Viêm ruột thừa.
 - Thai ngoài tử cung.
 - U nang buồng trứng vỡ.
 - Lạc nội mạc tử cung.
- Do đó, khi chẩn đoán viêm vùng chậu cần chẩn đoán loại trừ các bệnh lý trên.
- Đau vùng chậu tái phát nhiều lần rất có thể là dấu hiệu của lạc nội mạc tử cung, nhất là khi không đáp ứng với điều trị bằng kháng sinh.
- Chẩn đoán xác định viêm vùng chậu qua một số xét nghiệm các bệnh phẩm như:
- Vùng âm đạo sâu
 - Niêm mạc cổ tử cung.
 - *Chlamydia* trong môi trường vận chuyển đặc biệt, nếu có thể được.

Điều trị

- Điều trị bằng kháng sinh, bao vây cả bệnh lậu, *chlamydia* và khả năng nhiễm khuẩn bao gồm cả các loại vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí.

- Sử dụng *doxycyclin* 100mg mỗi ngày 2 lần, liên tục trong 2 tuần, cùng với *metronidazol* 400mg mỗi ngày 2 lần, liên tục trong 5 ngày.
- Nếu phân lập được lậu cầu, dùng thêm một liều *amoxicillin* 3g hoặc *ciprofloxacin* (*Ciflox*) 500mg.
- Nếu dùng dụng cụ tránh thai đặt trong tử cung, có thể để nguyên trong thời gian điều trị.
- Điều trị cả cho người bạn tình bằng *doxycyclin* 100mg, mỗi ngày một lần, liên tục trong 10 ngày.
- Nếu đau rất nghiêm trọng hoặc đáp ứng kém với điều trị bằng kháng sinh, nên đề nghị chuyển chuyên khoa.

KHÍ HƯ VÀ CÁC BỆNH LÂY QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

Khí hư là từ chỉ chung các chất tiết bất thường chảy ra từ âm đạo. Nguyên nhân gây khí hư thường gặp nhất là nhiễm nấm *Candida* và *Gardnerella*. Trong hầu hết các trường hợp, cần chẩn đoán loại trừ trầy xước cổ tử cung hay có dị vật trong âm đạo. Lấy bệnh phẩm vùng sâu âm đạo, và bệnh phẩm cổ tử cung hay niệu đạo nếu nghi ngờ bệnh lậu.

Nam giới đôi khi cũng có dịch thải từ niệu đạo, và tất cả những trường hợp này đều nên đến khám tại chuyên khoa sinh dục-tiết niệu.

Nhiễm nấm Candida

Trong cơ thể người phụ nữ bình thường, nấm *Candida* vẫn thường có ở âm đạo và ở miệng, nhưng không gây bệnh vì chịu sự kiểm soát của một số vi khuẩn khác cũng như hệ miễn dịch cơ thể. Nếu vì một lý do nào đó, môi trường vi khuẩn thay đổi hoặc hệ miễn dịch cơ thể suy yếu, nấm *Candida* sẽ bắt đầu gây bệnh. Bệnh lây lan qua đường tình dục.

Triệu chứng điển hình là âm đạo ngứa ngáy và tiết ra nhiều chất thải màu trắng, đông bựa, thường kèm theo tiểu tiện khó và giao hợp đau.

Điều trị bằng một loại *imidazol*, chẳng hạn như *clotrimazol* 200mg đặt trong âm đạo vào ban đêm, liên tục trong 3 đêm. Kem *clotrimazol* 1% có thể dùng kèm để giảm ngứa âm đạo.

Mặc dù bệnh đáp ứng tốt khi được điều trị như trên, nhưng khả năng tái phát nhiều lần rất thường xảy ra, cần xử trí như sau:

- Hướng dẫn bệnh nhân về những điều nên tránh, chẳng hạn như tránh dùng các loại đồ lót bằng nylon hoặc quá chật, tránh dùng các loại xà phòng thơm, tránh giao hợp trong suốt quá trình điều trị...
- Đề nghị điều trị đồng thời cho người có quan hệ tình dục với bệnh nhân.

- Nếu cần, dùng thuốc chống nấm dạng viên uống, chẳng hạn như *itraconazol* 200mg, ngày 2 lần, chỉ dùng trong 1 ngày.
- Điều trị dự phòng gián đoạn, chẳng hạn như đặt *imidazol* vào âm đạo mỗi tuần một lần.
- Nếu có khả năng nhiễm nấm *Candida* do dùng thuốc kháng sinh (làm rối loạn môi trường vi khuẩn thường trú ở âm đạo), có thể điều trị dự phòng bằng thuốc đặt âm đạo.
- Nếu có liên quan đến giao hợp, có thể đặt thuốc vào âm đạo sau khi giao hợp.
- Nếu một trường hợp tái phát trước đây đã được chẩn đoán bằng nuôi cấy, xác định được do nấm *Candida* hoặc *Gardnerella*, điều trị tái phát không cần chẩn đoán vẫn là hợp lý, và chỉ cần lấy bệnh phẩm nếu như việc điều trị không làm các triệu chứng mất đi.

Nhiễm nấm Gardnerella

Nhiễm nấm *Gardnerella* thường được cho là không lây lan qua đường tình dục. Biểu hiện đặc trưng là chất tiết từ âm đạo có màu xám hay vàng, hơi loãng và có bọt, có mùi tanh.

Điều trị

- Dùng *Metronidazol* 400mg mỗi ngày 2 lần, liên tục trong 7 ngày.

- Nếu các triệu chứng tái phát, có thể cần điều trị đồng thời cho người có quan hệ tình dục với bệnh nhân.

Nhiễm Trichomonas

Nhiễm *Trichomonas* là bệnh lây qua đường tình dục, nhưng đôi khi cũng lây gián tiếp qua việc dùng chung các đồ dùng cá nhân với người bệnh. Bệnh cũng có thể lây từ mẹ sang con trong quá trình sinh nở.

Trichomonas là một loại động vật nguyên sinh (vi sinh vật đơn bào). Nhiễm *Trichomonas* thường gây ra viêm âm đạo, với biểu hiện là chất tiết từ âm đạo hơi đặc, có mùi hôi, có màu hơi xanh hoặc hơi vàng và có bọt. Người bệnh thường đau khi giao hợp.

Điều trị

- Dùng *Metronidazol* 400mg mỗi ngày 2 lần, liên tục trong 7 ngày.
- Cần phải điều trị đồng thời cho người có quan hệ tình dục với bệnh nhân để tránh tái phát.

Chlamydia

Chlamydia lây truyền qua đường tình dục và là một trong những nguyên nhân chính gây viêm vùng chậu. Phân lập đòi hỏi phương pháp cấy tế bào mà trong nhiều trường hợp điều kiện không cho phép. Liệu trình

chuẩn điều trị viêm vùng chậu cũng bao gồm cả điều trị *Chlamydia*.

Điều trị

- Dùng *Doxycyclin* 100mg mỗi ngày 2 lần hoặc *erythromycin* 500mg mỗi ngày 4 lần, liên tục trong 10 ngày.
- Sau khi điều trị cần tiến hành thử nghiệm xác định kết quả điều trị.

Bệnh lậu (gonorrhea)

Bệnh lậu lây truyền qua đường tình dục, là một bệnh phổ biến trên khắp thế giới. Bệnh gây ra do vi khuẩn *Neisseria gonorrhoeae*, đôi khi cũng có thể lây từ mẹ sang con trong quá trình sinh nở. Riêng tại Hoa Kỳ, mỗi năm có khoảng 356.000 trường hợp mắc bệnh này. Bệnh nhân nên được chuyển đến chuyên khoa tiết niệu-sinh dục.

Thời gian ủ bệnh kéo dài từ 2 – 10 ngày. Các triệu chứng phát bệnh thường là có dịch tiết trắng như mũ chảy ra từ âm đạo, tiểu tiện đau rát.

Bệnh lậu không điều trị kịp thời có thể lan sang nhiều cơ quan khác như gây viêm tuyến tiền liệt, viêm màng tinh-tinh hoàn... Phụ nữ bị viêm phần phụ có thể dẫn đến thai ngoài tử cung hay vô sinh. Vi khuẩn cũng có thể theo đường máu gây viêm khớp, nhiễm trùng máu, gây tổn thương não, tim... Có nguy cơ gây tử vong.

Chẩn đoán xác định dựa vào xét nghiệm tìm vi khuẩn gây bệnh ở niệu đạo, cổ tử cung, trực tràng... khi có các

triệu chứng như chất tiết âm đạo màu trắng như mũ, tiểu tiện đau buốt...

Điều trị

- Khi có điều kiện, nên chuyển đến điều trị tại bệnh viện chuyên khoa tiết niệu-sinh dục.
- *Amoxycillin* 3g, dùng đơn độc. Nếu có dấu hiệu kháng thuốc hoặc bệnh nhân dị ứng với nhóm *penicillin*, có thể thay bằng *Cefotaxim*, *Ciprofloxacin* hoặc *Spectinomycin*.
- Nên điều trị đồng thời cho người có quan hệ tình dục với bệnh nhân, ngay cả khi không có triệu chứng bệnh.
- Sau đợt điều trị, cần xét nghiệm để xác định kết quả điều trị.

Mụn cóc sinh dục

Là những mụn cóc mềm nằm bên trong hay quanh âm hộ, hậu môn, dương vật, thường gọi là *mông gà*. Mụn cóc sinh dục gây ra do một loại *virus* có tên là *Papilloma*. Nhóm *virus* này hiện đã được biết có đến hơn 50 chủng khác nhau gây bệnh ở người. Chủng *virus* gây ra mụn cóc sinh dục là chủng thứ 6, ngoài ra còn có các chủng đặc biệt là chủng thứ 2 gây mụn cóc trong lòng bàn tay, chủng thứ 13 gây các tổn thương ở miệng, chủng thứ 16 và 18 có khả năng liên quan đến ung thư, và một số chủng khác gây các bệnh hiếm gặp ở da, có khả năng phát triển ung thư.

Mụn cóc sinh dục lây truyền qua đường tình dục. Từ lúc nhiễm *virus* cho đến khi xuất hiện mụn cóc – thời gian ủ bệnh – có thể kéo dài đến 18 tháng. Mụn thường không gây đau nhưng cần phải điều trị tích cực vì hiện nay nó được cho là có liên quan đến ung thư cổ tử cung.

Điều trị

- Dùng *podophyllin* 25% bôi trực tiếp lên mụn cóc. Tránh dùng thuốc này khi có thai. Bôi thuốc cách khoảng từ 3 – 7 ngày.
- Cần điều trị đồng thời cho người có quan hệ tình dục với bệnh nhân, nếu không sẽ rất dễ tái phát do nhiễm bệnh qua lại.
- Trong một số trường hợp có thể cần phẫu thuật cắt bỏ.
- Nên thực hiện xét nghiệm kính phết hằng năm nếu chẩn đoán là có mụn cóc sinh dục.
- Hướng dẫn bệnh nhân sử dụng bao cao su khi giao hợp như một biện pháp phòng bệnh nếu xét thấy có nguy cơ lây nhiễm.

Herpes sinh dục

Herpes sinh dục, hay thường gọi là mụn rộp sinh dục, là bệnh gây ra do *virus herpes*, tạo thành nhiều nốt phát ban đau ở cơ quan sinh dục. Các nốt này thường nổi lên thành từng đợt. Tuy vậy, đa số trường hợp nhiễm *virus*

herpes không bộc lộ triệu chứng gì. Riêng tại Hoa Kỳ, người ta ước tính có khoảng 20% dân số trên 12 tuổi là có nhiễm *virus herpes*, và khoảng 90% trong số đó hoàn toàn không biết mình đang mang *virus*.

Trong những trường hợp *virus* thực sự gây bệnh, thời gian ủ bệnh thường là khoảng 1 tuần. Một số trường hợp khác có thể kéo dài cả năm từ lúc nhiễm *virus* cho đến khi phát bệnh.

Khi phát bệnh, người bệnh thấy ngứa ngáy, có cảm giác bỏng rát và nổi lên nhiều mụn nước nhỏ ở vùng cơ quan sinh dục. Các mụn nước này sau đó vỡ ra, để lại những vết loét nhỏ, rất đau. Các vết loét thường lành sau khoảng 10 – 21 ngày. Hạch bạch huyết vùng bẹn có thể sưng to và đau. Người bệnh mệt mỏi, đau đầu và sốt. Phụ nữ thường đau khi tiểu tiện vì nước tiểu dính vào những chỗ loét.

Bệnh lây truyền qua đường tình dục, nhưng cũng có khoảng 1/3 số trường hợp nhiễm bệnh qua các tổn thương ở miệng.

Điều trị

- Cho đến nay, bệnh này vẫn được xác định là không thể điều trị dứt hoàn toàn, mà chỉ có thể ngăn ngừa khi chưa nhiễm *virus* hoặc cố gắng làm giảm nhẹ đi mức độ nghiêm trọng của căn bệnh mà thôi. Vì thế, khả năng phải chịu đựng những đợt tái phát là thường gặp.

- Rửa bằng dung dịch muối pha loãng (một muỗng cà phê muối pha trong nửa lít nước) hoặc đắp nước đá lên chỗ đau có thể giúp làm giảm nhẹ cảm giác khó chịu.
- Dùng thuốc giảm đau với liều thích hợp.
- Dùng *Valaciclovir* 500mg mỗi ngày 2 lần, liên tục trong 5 ngày, bắt đầu trong vòng 7 ngày kể từ khi có các triệu chứng bệnh đầu tiên, càng sớm càng tốt.
- Thuốc kháng *virus* như *acyclovir* giúp vết loét bớt đau và mau lành hơn.
- Các đợt tái phát thường dễ xuất hiện khi người bệnh có tâm lý lo lắng, buồn bực, hoặc trước chu kỳ kinh nguyệt, sau khi giao hợp, sau khi tắm nắng, hoặc thường gặp nhất là khi sức khỏe suy yếu. Các đợt tái phát thường khỏi nhanh không cần điều trị, nhưng nếu nghiêm trọng có thể dùng thuốc giảm đau, kem bôi *acyclovir* hoặc *Valaciclovir* dạng viên uống với liều như trên, sử dụng ngay trong vòng 48 giờ kể từ khi bắt đầu các triệu chứng.
- Nếu tái phát thường xuyên và nghiêm trọng, dùng *acyclovir* dạng viên uống với liều thấp (200 – 400mg, mỗi ngày 2 lần. Cần có sự theo dõi của bác sĩ.
- Phụ nữ có thai có tiền sử *herpes* sinh dục cần phải lấy bệnh phẩm tìm *virus* vào cuối thai kỳ, vì *herpes*

sơ sinh có thể xảy ra cho đứa trẻ ngay cả khi người mẹ không biểu hiện triệu chứng gì.

RẠM LÔNG

Là tình trạng bất thường xuất hiện ở phụ nữ, làm cho họ có nhiều lông ở một số vị trí giống như nam giới, chẳng hạn như trên mặt, thân hình và các chi.

Nguyên nhân

- Đa số trường hợp phụ nữ rậm lông là do thể tạng, đặc biệt là phụ nữ Ấn Độ, miền nam châu Âu... Đây là những trường hợp rậm lông mang tính di truyền trong gia đình, đôi khi xuất hiện sau khi mãn kinh.
- Nguyên nhân gây rậm lông có thể là do tăng chuyển hóa *androgen* (nội tiết tố nam), làm cho chất này có nồng độ cao bất thường trong máu.
- Cũng có thể do dùng thuốc *steroid* đồng hóa.
- Rậm lông cũng có thể là một trong các triệu chứng của hội chứng buồng trứng đa nang.
- Tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh.

Chẩn đoán

- Chẩn đoán chủ yếu là dựa vào các triệu chứng kèm theo để loại trừ các bệnh liên quan. Chú ý đến các triệu chứng như vô kinh, thiếu kinh, phát triển nam tính...

- Nên kiểm tra huyết thanh *testosterone*. Nếu kết quả tăng cao, nên chuyển chuyên khoa.
- Nếu không có bất cứ triệu chứng nào đi kèm, rậm lông không cần thiết được xem là một bệnh lý, và do đó việc điều trị chỉ mang tính thẩm mỹ.

Điều trị

- Khi không có triệu chứng kèm theo và mức độ rậm lông không quá nghiêm trọng, điều trị chủ yếu bằng các biện pháp thẩm mỹ như cạo, làm nhạt màu hoặc mất màu lông, bôi các loại kem làm rụng lông. Tuy nhiên, phương pháp duy nhất để làm mất lông vĩnh viễn là điện phân.
- Khi có kèm theo các triệu chứng, cố gắng chẩn đoán phân biệt các bệnh liên quan. Kiểm tra huyết thanh *testosterone* và chuyển đến chuyên khoa khi có kết quả bất thường.
- Khi không có triệu chứng kèm theo nhưng mức độ rậm lông quá nghiêm trọng gây khó chịu, kiểm tra huyết thanh *testosterone* và chuyển đến chuyên khoa khi có kết quả bất thường. Có thể đề nghị điều trị bằng điện phân.

PHÁT HIỆN SỚM UNG THƯ VÚ

Ung thư vú và ung thư cổ tử cung là 2 loại ung thư thường gặp nhất ở phụ nữ nước ta. Ung thư vú có khả năng điều trị tốt nếu được phát hiện sớm. Nếu phát hiện

vào lúc khối ung thư đã quá lớn, việc điều trị sẽ rất khó khăn, tổn kém nhiều và ít mang lại hiệu quả. Ung thư vú thường gặp nhất ở phụ nữ trong độ tuổi 35 – 45, hiếm khi gặp ở những độ tuổi khác, nhất là dưới 30.

Ung thư vú thường xuất hiện dưới dạng một khối u cứng, dường như cố định và không gây đau trong vú. Giai đoạn này không gây ra bất cứ khó chịu nào cho người bệnh, vì thế ít được chú ý đến và khối u âm thầm phát triển.

Việc phát hiện sớm ung thư vú không khó khăn, chỉ cần người phụ nữ có một số hiểu biết cơ bản và tập thói quen thường xuyên tự khám vú – tốt nhất là mỗi tháng một lần – để phát hiện các bất thường. Việc chẩn đoán xác định tất nhiên là cần có những xét nghiệm chuyên môn tiếp theo sau đó, nhưng điều quan trọng nhất vẫn là sự phát hiện kịp thời của chính bản thân người bệnh.

Tự khám vú

- Thực hiện tự khám vú vào thời điểm không có kinh nguyệt, vì tuyến vú thường căng trong các giai đoạn hành kinh.
- Trước hết, đứng trước gương và quan sát kỹ hai vú. Lúc đầu đứng thẳng, sau đó hơi nghiêng người ra trước. Cố gắng phát hiện:
 - Sự khác biệt bất thường về kích thước và hình dạng của 2 vú. Lưu ý là vú bên thuận tay (chẳng

hạn tay phải) thường hơi lớn hơn một chút, điều này không có gì bất thường.

- Quan sát bề mặt da trên 2 vú, tìm những chỗ lõm xuống hoặc sần sùi, khác thường.
 - Quan sát núm vú để tìm các vết loét hoặc rỉ nước, thường có thể là màu vàng hoặc đỏ như máu. Có thể dùng ngón tay ấn nhẹ quanh quầng vú và núm vú để phát hiện.
- Sau đó, tiếp tục khám vú bằng tay. Với tư thế nằm ngửa, dùng một cái gối kê dưới vai phải, tay phải đỡ lên đầu, dùng các ngón tay trái lần lượt ấn nhẹ lên từng vùng của vú phải để dò tìm những chỗ tạo cảm giác nổi cộm. Đối ngược tư thế về bên trái, dùng tay phải để khám vú trái. Chú ý chỉ dùng các ngón tay ấn nhẹ xuống, không bóp nặn, vì khi bóp nặn thì có thể bị nhầm lẫn khi cảm thấy mô tuyến vú hơi cứng.
- Cuối cùng, vẫn ở tư thế nằm ngửa, dùng tay phải khám nách trái và dùng tay trái khám nách phải để tìm xem có chỗ nào nổi cộm bất thường trong nách hay không.

Việc tự khám vú như trên rất đơn giản, dễ làm, nhưng là biện pháp hữu hiệu nhất để phát hiện sớm các trường hợp ung thư vú. Dĩ nhiên, không phải tất cả các khối u bất thường được phát hiện ở vú đều là ung thư. Trong nhiều trường hợp, đó có thể chỉ là những bướu lành (bướu sợi-tuyến) hoặc những trường hợp khác như nang vú, sợi

bọc... Tuy nhiên, sự phát hiện sớm một trường hợp ung thư vú có ý nghĩa rất quan trọng đến nỗi chúng ta có thể chấp nhận những nhầm lẫn còn hơn là bỏ sót một khối ung thư để cho nó âm thầm phát triển. Việc chẩn đoán xác định thường phải do bác sĩ chuyên khoa thực hiện, qua một số kết quả xét nghiệm chẩn đoán như siêu âm, X quang vú (chụp nhũ ảnh)...

MÃN KINH

Mãn kinh là hiện tượng chấm dứt kinh nguyệt, xảy ra tự nhiên ở phụ nữ trong độ tuổi từ 45 – 55, do buồng trứng không còn trứng rụng (suy buồng trứng), dẫn đến việc giảm mạnh nội tiết tố *estrogen* và tăng *androgen*, *gonadotropin* trong máu. Sự giảm mạnh *estrogen* là nguyên nhân gây ra các rối loạn khi mãn kinh.

Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định một trường hợp mãn kinh chủ yếu dựa vào các triệu chứng biểu hiện: bốc hỏa (làm da mặt đỏ, nóng bừng) và vã mồ hôi, âm đạo khô, giao hợp đau... kèm theo một số triệu chứng tâm lý như lo âu, trầm cảm...
- Khoảng 70% phụ nữ khi mãn kinh trải qua triệu chứng nóng bừng mặt và vã mồ hôi về đêm, có thể kéo dài từ 2 – 5 năm hoặc lâu hơn.
- Phần lớn phụ nữ khi mãn kinh xảy ra triệu chứng khô âm đạo. Sự suy giảm *estrogen* làm cho lớp

niêm mạc âm đạo bị teo mỏng, âm đạo dễ nhiễm trùng và đau khi giao hợp.

- Trong một số trường hợp khác, phần cổ bàng quang và niệu đạo cũng bị teo, có thể gây ra hội chứng niệu đạo, làm người bệnh có cảm giác đầy bàng quang và muốn đi tiểu liên tục.
- Các rối loạn khác thường gặp là rối loạn giấc ngủ, hay quên, mất khả năng tập trung, dễ khóc, lo lắng, chán sinh hoạt tình dục...
- Cần chẩn đoán loại trừ các trường hợp đặc biệt như:
 - Có thai.
 - Rối loạn chức năng tuyến giáp.
- Ngoài ra, cần kiểm tra huyết thanh FSH (*follicle stimulating hormone*) khi chẩn đoán nghi ngờ ở các đối tượng:
 - Phụ nữ đã cắt bỏ tử cung.
 - Phụ nữ sử dụng viên tránh thai kết hợp (COCP) hoặc liệu pháp thay thế *hormon* (HRT) và thường xuyên xảy ra hiện tượng *chảy máu thu hồi*, tương tự như máu kinh nguyệt.
 - Phụ nữ đã từng bị vô kinh do dùng viên tránh thai chỉ có *progesteron* (POP).
 - Những người bị thiếu kinh hoặc vô kinh và những triệu chứng mãn kinh sớm, trước tuổi 45.
- Nếu huyết thanh FSH > 20U/lít thì chẩn đoán xác

định là mãn kinh, nhưng ngay cả một mức độ tăng nhẹ thôi cũng có thể gợi ý khả năng này.

- Các triệu chứng rối loạn chuyển hóa sau thời kỳ mãn kinh thường xuất hiện rất trễ, có thể trong khoảng 10 – 15 năm sau đó, chẳng hạn như chứng loãng xương làm xương dễ gãy, tăng tích tụ mỡ làm tăng nguy cơ xơ vữa động mạch và nguy cơ mắc các bệnh động mạch vành, các cơn đột quỵ tim mạch...

Điều trị

- Cung cấp cho bệnh nhân những hiểu biết cần thiết về hiện tượng mãn kinh, giải thích để họ biết rằng đây là một chuyển biến tự nhiên không thể tránh khỏi, và không có gì phải lo lắng về những thay đổi trong cơ thể.
- Hướng dẫn bệnh nhân về sự thích nghi với những thay đổi và tạo một môi trường tình cảm, tâm lý thích hợp, giảm bớt những căng thẳng trong đời sống vào giai đoạn mãn kinh.
- Dự phòng các bệnh tim mạch và bệnh loãng xương bằng các biện pháp thích hợp.
- Trong những trường hợp các triệu chứng mãn kinh quá nghiêm trọng, việc điều trị có thể thực hiện bằng cách sử dụng *hormon* thay thế, nghĩa là cung cấp một lượng *estrogen* cho cơ thể để làm giảm nhẹ các triệu chứng do suy giảm *estrogen*. Một số bệnh

nhân không thể sử dụng liệu pháp thay thế *hormon* này, chẳng hạn như do bị ung thư vú, có thể sử dụng các loại thuốc chẹn *beta*.

- Các trường hợp chảy máu âm đạo không đều, chảy máu rất nhiều hoặc gây đau đều không phải dấu hiệu bình thường của mãn kinh, cần chuyển ngay đến bác sĩ chuyên khoa để tìm hiểu nguyên nhân, có thể cần phải sinh thiết nội mạc tử cung.
- Chảy máu âm đạo ngày càng ít dần đi khi đến gần độ tuổi mãn kinh. Bất kỳ trường hợp chảy máu âm đạo nào xảy ra khoảng 6 tháng hoặc lâu hơn nữa sau kỳ kinh nguyệt cuối cùng đều cần phải chuyển ngay đến bác sĩ chuyên khoa để chẩn đoán loại trừ các bệnh ác tính.

LIỆU PHÁP THAY THẾ HORMON (HRT)

Việc sử dụng liệu pháp thay thế *hormon*, ngoài khả năng làm giảm nhẹ các triệu chứng của mãn kinh còn giúp ngăn ngừa các nguy cơ liên quan đến những rối loạn sau khi mãn kinh, chẳng hạn như chứng loãng xương và các bệnh tim mạch, xơ vữa động mạch... Vì thế, liệu pháp này nên được cân nhắc sử dụng cho tất cả phụ nữ vào các giai đoạn tiền mãn kinh, hậu mãn kinh, và nhất là những phụ nữ mãn kinh sớm.

Estrogen được sử dụng đơn độc sẽ kích thích nội mạc tử cung, có thể dẫn đến tăng sản nội mạc tử cung hoặc làm gia tăng nguy cơ ung thư thân tử cung. Do đó, trong liệu

pháp thay thế *hormon*, người ta thường dùng *estrogen* kèm theo với *progesteron* để giảm thiểu nguy cơ trên.

Sử dụng liệu pháp thay thế hormon (HRT)

Thuốc có thể được sử dụng ở dạng viên uống, miếng dán trên da, hoặc dạng kem bôi ngoài da, với cùng một mục đích là cung cấp đều đặn *estrogen* cho cơ thể theo một liều lượng đã tính toán trước.

- Nếu dùng loại viên uống, liệu trình cho mỗi tháng thường là:
 - Từ ngày đầu tiên đến ngày thứ 14 của chu kỳ kinh nguyệt, dùng viên uống *estrogen*.
 - Trong 10 ngày tiếp theo, dùng viên uống *progesteron*.
 - Sau đó ngừng thuốc hoàn toàn trong những ngày còn lại của kỳ kinh, khoảng 1 tuần. Để người dùng thuốc dễ nhớ, thuận tiện hơn trong việc dùng thuốc, đôi khi nhà sản xuất cũng kèm theo vỉ thuốc những viên giả dược (*placebo* – viên thuốc hoàn toàn không có hoạt tính) để uống vào những ngày này. Trong giai đoạn này thường xảy ra chảy máu âm đạo, nhưng không phải kinh nguyệt tự nhiên mà hoàn toàn là do tác dụng của việc dùng thuốc, được gọi là “*chảy máu thu hồi*”, với lượng máu có màu nhạt hơn, ít hơn kinh nguyệt bình thường và chỉ kéo dài 2 hoặc 3 ngày. Chảy máu nhiều và kéo

dài là một dấu hiệu bất thường và cần phải đến khám ngay với bác sĩ chuyên khoa.

- Nếu dùng miếng dán trên da, *estrogen* trong miếng dán sẽ được giải phóng dần dần trực tiếp vào máu, không qua gan, và người bệnh cần được cho uống kèm *progesteron*.
- Cũng có thể dùng dạng miếng cấy dưới da, với khả năng giải phóng dần dần một lượng *estrogen* ổn định vào máu, và phải cấy lại sau khoảng vài tháng. Các dạng cấy dưới da và dán trên da thường đắt tiền hơn so với dạng viên uống.
- Để điều trị các triệu chứng như khô âm đạo, có thể dùng dạng kem để bôi trực tiếp vào âm đạo. Thuốc sẽ thấm qua da và nhanh chóng đi vào máu. Tuy nhiên, giải pháp này thường chỉ được dùng ngắn hạn.
- Một số tác dụng phụ có thể xuất hiện, chẳng hạn như căng đau vú, ứ nước, căng bắp chân...
- Thời gian điều trị thường là từ 2 – 5 năm. Cần thường xuyên thực hiện một cách đều đặn các xét nghiệm như: kiểm tra cân nặng, huyết áp, khám vú và vùng chậu, làm kính phết cổ tử cung, sinh thiết nội mạc tử cung... Các xét nghiệm này giúp bác sĩ điều trị theo dõi những chuyển biến về sức khỏe của người bệnh, cũng như phát hiện kịp thời bất

cứ trường hợp bất thường nào, nhất là khả năng bị ung thư.

- Trong một số trường hợp, liệu pháp thay thế *hormon* không thể được chỉ định vì có thể mang lại một số nguy cơ khác cho người bệnh, chẳng hạn như làm đông máu bất thường, gia tăng khả năng bị ung thư hoặc tái phát ung thư. Một cách cụ thể, liệu pháp thay thế *hormon* không được chỉ định trong các trường hợp sau:
 - Người nghiện thuốc lá nặng.
 - Người bệnh thuyên tắc mạch.
 - Người bị bệnh ở gan hoặc thận nghiêm trọng.
 - Người bị bệnh túi mật.
 - Người cao huyết áp nặng.
 - Người có các khối u ác tính ở vú hay nội mạc tử cung.
 - Người bị xơ cứng tai, vì có thể trở nên nghiêm trọng hơn khi dùng liệu pháp này.

Ưu và nhược điểm của liệu pháp thay thế hormon

- Một số ưu điểm có thể nhận thấy là:
 - Điều trị hiệu quả các triệu chứng bộc lộ rõ của giai đoạn mãn kinh.
 - Ngăn ngừa được bệnh loãng xương, các bệnh tim mạch, xơ vữa động mạch...
- Một số nhược điểm của liệu pháp này là:

- Hiện tượng chảy máu âm đạo trở lại một cách đều đặn theo quy trình dùng thuốc, xảy ra ở rất nhiều phụ nữ còn tử cung. Hiện tượng này thường được gọi là sự “*chảy máu thu hồi*”, bắt đầu ngay sau khi ngừng thuốc *progesteron*, thường kéo dài chỉ vài ba ngày, với lượng máu có màu nhạt hơn và ít hơn kinh nguyệt bình thường. Một số phụ nữ mãn kinh thấy khó chịu với hiện tượng này, vì họ nghĩ rằng sau khi mãn kinh họ có quyền đòi hỏi được “*sạch sẽ*”. Trong thực tế, nếu điều chỉnh hàm lượng thuốc đang sử dụng sẽ có thể làm giảm hoặc mất đi hiện tượng này. Nhưng các chuyên gia y tế cho rằng như vậy sẽ không có lợi cho khả năng ngăn ngừa bệnh tim.
- Tăng nhẹ nguy cơ ung thư vú, liên quan đến thời gian dùng thuốc.

Những điều cần lưu ý

- *Estrogen* chỉ nên dùng với liều lượng duy trì thấp nhất vừa đủ để có hiệu quả.
- Sử dụng *estrogen* liên tục mỗi ngày chỉ nên áp dụng cho những phụ nữ đã cắt bỏ tử cung, chẳng hạn với liều dùng *Premarin* 0,625 – 1,25mg mỗi ngày.
- Các phụ nữ còn tử cung nên được cho dùng kết hợp *estrogen* với *progesteron*. Liệu trình điều trị thường được sử dụng là dùng *estrogen* liên tục trong 14 ngày đầu, sau đó là khoảng 10 ngày dùng *progesteron*.

- Liệu trình này sẽ tạo ra sự chảy máu âm đạo đều đặn mỗi tháng, tương tự như kinh nguyệt. Các chế phẩm thường dùng là: *Nuvelle* hay *Premapak-C*.
- Một số dạng thuốc mới có thể tạo ra chu kỳ chảy máu âm đạo 3 tháng 1 lần (như *Tridestra*). Loại thuốc này nên được dùng cho những phụ nữ vào giai đoạn tiền mãn kinh, có thể làm cho các triệu chứng kinh nguyệt xuất hiện trở lại vào giai đoạn ngừng thuốc ở cuối chu kỳ (hoặc giai đoạn dùng giả dược).
 - Một số dạng thuốc mới kết hợp dùng liên tục *estrogen* và *progesteron*, làm dứt hẳn hiện tượng chảy máu âm đạo (như *Premique*, *Kliofem*). Cách dùng thuốc liên tục này chỉ nên dùng cho những phụ nữ sau mãn kinh ít nhất là 1 năm. Trong giai đoạn bắt đầu dùng thuốc, có thể có chảy máu âm đạo bất thường do tác dụng phụ thường gặp của thuốc. Nhưng nếu chảy máu kéo dài, cần chẩn đoán loại trừ những bất thường ở nội mạc tử cung, và nên cân nhắc chuyển sang cách dùng thuốc theo chu kỳ như trước đây.
 - Viên uống tránh thai kết hợp (COCP) được dùng với liều thấp cũng có hiệu quả giống như liệu pháp thay thế *hormon*, cũng giúp tránh được bệnh loãng xương. Với những phụ nữ khỏe mạnh và không hút thuốc, có thể chỉ định dùng thuốc này cho đến khi mãn kinh.

- *Tibolone* phối hợp hoạt tính *estrogen*, *progesteron* và *androgen* yếu, không tạo ra hiện tượng chảy máu âm đạo, nhưng tác dụng phụ thường gặp là rỉ những vết máu nhỏ.
- Kem *estrogen* dùng bôi vào âm đạo trong những trường hợp có vấn đề về tiết niệu-sinh dục và người bệnh không muốn dùng dạng viên uống hoặc bị chống chỉ định. Thực ra, thuốc vẫn được hấp thụ để có tác dụng toàn thân, và nếu sử dụng trong một thời gian dài vẫn cần phải kèm theo viên uống *progesteron* từ 10 – 14 ngày mỗi tháng để chống lại sự tăng sản nội mạc tử cung.
- Trong thời gian sử dụng liệu pháp thay thế *hormon*, người bệnh cần được theo dõi trong thời gian 3 tháng, sau đó là kiểm tra định kỳ 6 tháng hoặc mỗi năm một lần. Mục đích theo dõi và kiểm tra nhằm phát hiện những dấu hiệu bất thường, với một số yêu cầu như:
 - Phát hiện các trường hợp chảy máu âm đạo bất thường. Tình trạng chảy máu âm đạo bất thường là phổ biến trong khoảng 2 – 3 tháng đầu tiên dùng thuốc, nhưng sau thời gian này thì chảy máu âm đạo bất thường cần phải được lưu ý tìm kiếm nguyên nhân.
 - Một số phụ nữ còn tử cung có thể không có hiện tượng “*chảy máu thu hồi*” sau khi dùng *progesteron*.

Điều này không có gì phải lo lắng, nhưng cần loại trừ khả năng có thai.

- Theo dõi các yếu tố thông thường như huyết áp, cân nặng.
- Khám âm đạo, chỉ thực hiện khi có sự chảy máu âm đạo bất thường.
- Kiểm tra kính phết máu.
- Chụp nhũ ảnh (X quang vú).

BỆNH Ở CỔ TỬ CUNG

Cổ tử cung là bộ phận nhạy cảm với rất nhiều bệnh lý phổ biến ở phụ nữ. Việc theo dõi, kiểm tra sàng lọc thường xuyên bộ phận này có thể giúp phát hiện kịp thời nhiều bệnh ác tính, giúp cho việc điều trị dễ dàng và có hiệu quả hơn so với những trường hợp phát hiện trễ.

- Người phụ nữ cũng cần được hướng dẫn về những kiến thức cơ bản để phòng ngừa ung thư cổ tử cung, chẳng hạn như:
 - Bỏ thuốc lá giúp hạ thấp nguy cơ bị ung thư cổ tử cung.
 - Gia tăng số người quan hệ tình dục sẽ làm tăng nguy cơ mắc bệnh.
 - Giao hợp với những người có mụn cóc sinh dục làm tăng nguy cơ, trừ khi có sử dụng bao cao su.
 - Phương pháp ngừa thai bằng màng ngăn âm đạo có thể góp phần bảo vệ cổ tử cung.

- Một số nguyên tắc sau đây có thể giúp phân loại các đối tượng sàng lọc để theo dõi, kiểm tra bệnh ở cổ tử cung:
 - Tất cả phụ nữ trong độ tuổi từ 20 – 64, đã từng có quan hệ tình dục, đều phải được kiểm tra sàng lọc ít nhất 5 năm một lần.
 - Việc kiểm tra sàng lọc không cần thiết đối với những phụ nữ chưa từng có sinh hoạt tình dục.
 - Những phụ nữ từ 65 tuổi trở lên có kết quả xét nghiệm kính phết âm tính không cần thiết phải tiếp tục theo dõi kiểm tra. Những phụ nữ từ 65 tuổi trở lên chưa bao giờ làm xét nghiệm kính phết nên được khuyến khích thực hiện xét nghiệm này.
 - Các chỉ dẫn theo dõi sau đó hoặc chuyển chuyên khoa để soi âm đạo tùy thuộc vào kết quả xét nghiệm kính phết.
- Các trường hợp sau đây cần được chỉ định thực hiện xét nghiệm kính phết cổ tử cung:
 - Chảy máu âm đạo ngoài thời kỳ hành kinh.
 - Chảy máu âm đạo sau khi giao hợp.
 - Quan sát cổ tử cung thấy có những dấu hiệu đáng nghi ngờ.

Các trường hợp nhiễm trùng

- Nhiễm *Trichomonas*: điều trị bằng kháng sinh dạng viên uống. Cần điều trị cả cho người có quan hệ tình dục với bệnh nhân.
- Nhiễm nấm *Candida*: điều trị khi xuất hiện các triệu chứng.
- Nhiễm *Actinomyces israelii* hoặc các chủng *Actinomyces* khác: thường là khi có dùng dụng cụ tránh thai đặt trong tử cung.
 - Nếu không thấy xuất hiện triệu chứng gì, lấy dụng cụ tránh thai đặt trong tử cung ra, gỡ bỏ phần chỉ cột và gửi đi nuôi cấy để xác định. Thay thế ngay bằng một dụng cụ mới thường sẽ làm mất đi sự hiện diện của *Actinomyces*. Lặp lại xét nghiệm kính phết sau 6 tháng, rồi sau đó là hằng năm.
 - Nếu có kèm theo các triệu chứng như đau vùng chậu, giao hợp đau, có chất tiết ra từ âm đạo, lấy dụng cụ tránh thai đặt trong tử cung ra, gỡ bỏ phần chỉ cột và gửi đi nuôi cấy và ngoáy bệnh phẩm cổ tử cung. Nếu xác định có *Actinomyces*, điều trị bằng penicillin liều cao 2 – 3g mỗi ngày, liên tục trong vòng 3 tháng. Thay thế bằng một biện pháp tránh thai khác.
- Nhiễm *Herpes simplex*: nếu không có triệu chứng gì thì không cần điều trị.

- Những thay đổi do viêm: không cần thiết phải điều trị, nhưng nếu cần có thể thực hiện ngoáy bệnh phẩm vùng sâu âm đạo và tìm *Chlamydia*.

VÔ SINH

Vô sinh là tình trạng không thụ thai ở những cặp nam nữ có sinh hoạt tình dục bình thường, không áp dụng bất cứ biện pháp tránh thai nào, trong thời gian từ 2 năm trở lên. Khoảng 15% số người có quan hệ hôn nhân chịu ảnh hưởng của tình trạng này. Riêng tại Hoa Kỳ, ước tính có khoảng 6 triệu cặp vợ chồng bị vô sinh. Tuy nhiên, khoảng một nửa trong số đó có thể có con nếu được điều trị các nguyên nhân gây vô sinh.

Quá trình thụ thai trải qua nhiều giai đoạn khác nhau, và sự trở ngại ở bất cứ đâu trong số những giai đoạn này đều dẫn đến vô sinh. Trước hết, tinh dịch của người đàn ông được tạo ra trong các tinh hoàn phải có đủ các điều kiện bình thường để có thể thụ tinh với trứng của người phụ nữ, được tạo ra trong buồng trứng. Trong quá trình giao hợp, tinh dịch được phóng ra vào giai đoạn xuất tinh phải được đưa sâu vào trong âm đạo của người phụ nữ. Từ đó, tinh trùng đi vào tử cung rồi ngược lên các vòi trứng (2 ống nối buồng trứng với tử cung) và tiếp xúc với trứng. Nếu sau khi tiếp xúc, trứng được thụ tinh và các điều kiện tiếp theo đều thuận lợi, trứng thụ tinh sẽ đi từ vòi trứng vào tử cung, rồi bám vào niêm mạc tử cung và tiếp tục phát triển thành bào thai.

Nguyên nhân

- Khoảng 1/3 số trường hợp vô sinh là không giải thích được nguyên nhân, hoặc có nguyên nhân kết hợp ở cả 2 người mới gây ra vô sinh.
- Tuổi tác là một trong các nguyên nhân ảnh hưởng đến cả hai giới nam và nữ. Nữ giới có khả năng thụ thai cao nhất vào độ tuổi 18 – 19 và duy trì khả năng này cho đến khoảng 25 tuổi. Sau đó, nồng độ các hormon trong máu giảm nhẹ dần và do đó khả năng thụ thai cũng giảm theo cho đến tuổi 35. Từ sau 35 tuổi, khả năng thụ thai xuống thấp rất nhanh cho đến tuổi mãn kinh (từ 45 – 55) thì xem như khả năng thụ thai không còn nữa. Ở nam giới, khả năng có con không suy giảm theo những điểm mốc rõ ràng như vậy, nhưng thực tế là người đàn ông càng lớn tuổi thì khả năng có con càng giảm đi.
- Nhiễm sắc thể bất thường ở một trong hai người hoặc cả hai cũng là nguyên nhân gây vô sinh, nhưng thường hơn là gây ra các trường hợp sẩy thai. Có đến khoảng 60% các trường hợp sẩy thai trong 3 tháng đầu tiên của thai kỳ là do các bất thường về nhiễm sắc thể.
- Các bệnh lây qua đường tình dục như lậu, *chlamydia* nếu không được điều trị cũng thường là nguyên nhân dẫn đến vô sinh. Trong rất nhiều trường

hợp, các bệnh này không bộc lộ triệu chứng và do đó người bệnh hoàn toàn không biết mình đang mắc bệnh. Trong khi đó, những căn bệnh này vẫn âm thầm phát triển và gây ra những tổn thương không hồi phục cho các cơ quan sinh dục. Chẳng hạn, ở phụ nữ có thể dẫn đến bệnh viêm vùng chậu, gây tổn thương tử cung, vòi trứng, buồng trứng. Bệnh cũng gây ra tình trạng thai ngoài tử cung, thường nhất là thai phát triển trong vòi trứng, một tình trạng có thể gây nguy hiểm đến tính mạng. Còn ở nam giới, các bệnh lây qua đường tình dục có thể dẫn đến tình trạng tinh trùng không có khả năng thụ tinh với trứng.

- Một nguyên nhân vừa được khám phá gần đây là vô sinh gây ra do hệ miễn dịch của cơ thể. Vì những lý do còn chưa được biết, ở một số người, nam giới cũng như nữ giới, cơ thể tạo ra một loại kháng thể đặc biệt có khả năng tấn công và tiêu diệt tinh trùng. Các kháng thể này cũng gây ra vô sinh qua việc làm cho tinh trùng bám lại với nhau thành từng cụm nên không thể thụ tinh với trứng.
- Khoảng 1/3 số trường hợp vô sinh là do các bệnh lý của người phụ nữ, chẳng hạn như:
 - Không rụng trứng: Thường không rõ nguyên nhân, nhưng có thể do mất cân bằng nội tiết tố, do căng

thẳng tâm lý, do các bệnh của buồng trứng như buồng trứng hoặc nang...

- Tắc nghẽn vòi trứng: thường xảy ra sau viêm vùng chậu, làm ngăn cản tinh trùng đến với trứng.
- Dị tật bẩm sinh không có một hoặc hai vòi trứng, hoặc vòi trứng đã bị cắt bỏ.
- Bệnh của tử cung, như u xơ tử cung, lạc nội mạc tử cung.
- Dịch nhầy ở cổ tử cung có kháng thể diệt hoặc làm bất động tinh trùng. Trong một số trường hợp, dịch nhầy cổ tử cung quá đậm đặc đến mức tinh trùng không thể di chuyển qua đó được.
- Bất thường nhiễm sắc thể (yếu tố di truyền).
- Khoảng 1/3 số trường hợp vô sinh có nguyên nhân do người đàn ông, thường là:
 - Không sản xuất đủ tinh trùng khỏe mạnh, có quá ít hoặc không có tinh trùng. Về mặt số lượng, mặc dù cuối cùng chỉ có một tinh trùng duy nhất đi vào trứng thụ tinh, nhưng những người đàn ông có số lượng tinh trùng dưới 20 triệu trong một mililit tinh dịch thường giảm khả năng có con. Về mặt phẩm chất, tinh trùng phải khỏe mạnh, không bị dị dạng, có khả năng di chuyển tốt. Những tinh trùng kém khả năng di chuyển sẽ không thể đi qua hết đoạn đường từ âm đạo đến vòi trứng để tiếp xúc và thụ tinh với trứng. Tinh trùng dị dạng cũng không có khả năng thụ tinh với trứng.

Trong một số trường hợp, tinh trùng có đời sống quá ngắn nên sau khi xuất tinh không đến được với trứng.

- Tác nghẽn ống sinh tinh hoặc tổn thương ống phóng tinh (thường xảy ra sau nhiễm trùng đường sinh dục như bệnh lậu) làm cho tinh trùng không xuất ra được.
- Bệnh giãn tĩnh mạch ở bìu.
- Sự phát triển bất thường của tinh hoàn do bệnh nội tiết hoặc tổn thương tinh hoàn (viêm tinh hoàn) làm tinh trùng bị yếu.
- Sử dụng các chất có độc, thuốc lá, ma túy... làm giảm số lượng tinh trùng.
- Không đưa được tinh trùng vào âm đạo, như trong trường hợp bị liệt dương hoặc các bệnh ảnh hưởng đến sự xuất tinh.
- Trường hợp hiếm gặp hơn là do bất thường nhiễm sắc thể hoặc bệnh di truyền (như xơ hóa dạng bọc).

Chẩn đoán

- Do có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến việc thụ thai, nên khả năng thụ thai không bao giờ có thể là 100%, mà cần có một khoảng thời gian nhất định. Người ta ước tính rằng trong một tháng, tỷ lệ thụ thai trung bình ở những cặp vợ chồng hoàn toàn khỏe mạnh bình thường và giao hợp đều đặn cũng

chỉ có 20%. Nói chung, trong những điều kiện bình thường, việc chẩn đoán vô sinh chỉ nên bắt đầu xét đến sau khi một cặp vợ chồng đã có quan hệ tình dục bình thường với nhau ít nhất là 12 tháng, không áp dụng bất cứ biện pháp tránh thai nào mà không xảy ra thụ thai. Khoảng 90% phụ nữ bình thường có thai trong khoảng thời gian này.

- Xác định các điều kiện bình thường để thụ thai, chẳng hạn như giao hợp đều đặn vào thời gian rụng trứng (từ ngày thứ 8 – 17 của chu kỳ kinh nguyệt mỗi tháng).
- Khi chẩn đoán các nguyên nhân, nên đặt vấn đề ở cả 2 phía. Vì thế, các cặp vợ chồng vô sinh nên cùng đến khám bệnh.
- Chẩn đoán xác định cần loại trừ các nguyên nhân bệnh lý. Tiến hành ghi nhận và khảo sát các loại thuốc mà họ đã sử dụng, các bệnh tật mà họ đã trải qua. Đặc biệt cũng chú ý đến môi trường làm việc có tiếp xúc với các chất độc hại hay không. Nếu không tìm ra nguyên nhân gây vô sinh, tiếp tục tiến hành việc chẩn đoán ở từng người.
- Chẩn đoán ở nữ giới bao gồm:
 - Tìm hiểu chu kỳ kinh nguyệt, theo dõi thân nhiệt trong chu kỳ kinh để xác định ngày rụng trứng, xét nghiệm máu và nước tiểu để xác định việc có rụng trứng bình thường hay không.

- Chụp X quang tử cung, vòi trứng để phát hiện các dấu hiệu bất thường.
- Soi ổ bụng để khảo sát cơ quan sinh dục và phát hiện các bất thường như bướu hoặc nang.
- Tìm các dấu hiệu mất cân bằng nội tiết tố như rậm lông, nổi mụn, béo phì...
- Chẩn đoán ở nam giới bao gồm:
 - Khám thực thể để phát hiện các viêm nhiễm hay bất thường ở dương vật, tinh hoàn, bìu, tuyến tiền liệt.
 - Tìm các dấu hiệu mất cân bằng nội tiết tố như vú lớn, rậm lông trên thân mình hoặc trên mặt.
 - Phân tích tinh dịch để xác định số lượng và phẩm chất. Tinh dịch thường được lấy ra bằng cách thủ dâm sau khi người đàn ông đã không xuất tinh trong ít nhất là 48 giờ, sau đó được đưa đi xét nghiệm ngay trong vòng 2 giờ.
- Những giá trị bình thường của tinh dịch được ghi nhận như sau:
 - Thể tích tinh dịch: > 2ml
 - Số lượng tinh trùng: > 20 triệu/ml
 - Tinh trùng di động: > 50%
 - Hình thái bình thường: > 50%
- Thật ra, trong một mililit tinh dịch của người khỏe mạnh có thể chứa đến 100 triệu tinh trùng, và mỗi lần xuất tinh có thể từ 3 – 4ml tinh dịch, nhưng

những giá trị trên được xem là tối thiểu để đáp ứng điều kiện thụ tinh được với trứng.

Điều trị

- Điều trị tùy theo nguyên nhân được chẩn đoán.
- Trong những trường hợp không xác định được nguyên nhân, thường nên hướng dẫn bệnh nhân những biện pháp nâng cao tổng trạng như thay đổi chế độ ăn uống tốt hơn, giảm hoặc bỏ rượu, thuốc lá, loại trừ những căng thẳng tâm lý trong đời sống...
- Trường hợp xác định vô sinh do người phụ nữ không rụng trứng, có thể điều trị bằng *clomiphen* 50mg mỗi ngày, liên tục trong 5 ngày, bắt đầu từ ngày thứ 2 của chu kỳ kinh nguyệt. Sau khi dùng thuốc, theo dõi để xác định việc rụng trứng thông qua lượng *progesteron* tăng vào ngày thứ 19 – 21. Nếu xác định không rụng trứng, tiếp tục điều trị đợt thứ hai với liều gấp đôi (100mg), cũng trong 5 ngày. Chỉ điều trị đến đợt thứ ba mà thôi.

Bệnh đường tiết niệu

NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

Đường tiết niệu bao gồm các cơ quan tham gia trong việc bài tiết nước tiểu như thận, bể thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo. Nhiễm trùng đường tiết niệu là tình trạng nhiễm trùng ở bất cứ cơ quan nào trong đường tiết niệu.

Nhiễm trùng thường gây viêm, nhưng viêm niệu đạo có thể có nhiễm trùng hoặc không. Viêm bàng quang và viêm đài thận, bể thận hầu như bao giờ cũng do nhiễm trùng. Viêm niệu đạo thường gặp ở nam giới nhiều hơn, nhưng nếu xét chung về nhiễm trùng đường tiết niệu thì tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới lại cao hơn nam giới. Điều này có thể là do niệu đạo của nữ giới ngắn hơn (khoảng 3,8cm) so với niệu đạo của nam giới (khoảng 20cm), vì thế vi khuẩn từ âm hộ rất dễ dàng xâm nhập vào bàng quang và gây viêm nhiễm. Hậu môn cũng là nơi thường có vi khuẩn bám lại, để rồi từ đó sẽ có dịp xâm nhập vào đường tiểu qua âm hộ. Ngoài ra, âm hộ phụ nữ rất dễ có vi khuẩn tích tụ, nếu không được làm sạch đúng mức.

Giao hợp nam nữ đôi khi cũng là nguyên nhân gây nhiễm trùng đường tiết niệu cho phụ nữ. Do sự cọ xát khi giao hợp, vi khuẩn bị đẩy lên bàng quang dễ hơn, vì lỗ tiểu nằm rất gần cửa âm đạo. Thậm chí có khi dương vật

là nguồn mang vi khuẩn đến, nếu không có những biện pháp vệ sinh thích hợp.

Nhiễm trùng đường tiết niệu rất thường gặp ở những phụ nữ có sinh hoạt tình dục, phụ nữ có thai, phụ nữ mãn kinh và nam giới bị phì đại tuyến tiền liệt. Các biểu hiện thông thường là đi tiểu nhiều lần, khó tiểu và nước tiểu đục, đôi khi đau hoặc nhạy cảm ở vùng trên mu hay thắt lưng. Các trường hợp nặng có thể tiểu ra máu, sốt cao. Tuy nhiên, có đến một nửa số trường hợp xuất hiện các triệu chứng nhiễm trùng đường tiết niệu ở phụ nữ không mang thai không phát hiện thấy nhiễm khuẩn, nên việc điều trị bằng thuốc trong những trường hợp này là không cần thiết.

Nguyên nhân

- Viêm niệu đạo thường do các bệnh lây qua đường tình dục, chẳng hạn như bệnh lậu.
- Vi khuẩn gây các bệnh nhiễm trùng đường tiết niệu thường từ trực tràng lan sang. Một số trường hợp cũng có thể do vi khuẩn từ đường máu. Một số vi khuẩn gây nhiễm trùng đường tiết niệu thuộc loại khó nuôi cấy như *Chlamydia*, *Gardnerella*.
- Viêm teo âm đạo.
- Thương tổn do giao hợp.
- Nhiễm trùng đường tiết niệu ở nam giới thường xuất hiện sau một yếu tố tạo điều kiện thuận lợi cho

nhiễm trùng, chẳng hạn như nghẽn đường tiểu hay hẹp niệu đạo.

- Nhiễm trùng đường tiết niệu ở nữ giới có thể xảy ra bất cứ lúc nào, nhưng có tỷ lệ cao hơn ở phụ nữ có thai.
- Một số nguyên nhân có thể gây nhiễm trùng đường tiết niệu ở cả nam lẫn nữ là sỏi thận, u bàng quang, bất thường bẩm sinh ở đường tiết niệu.
- Tật cột sống chẻ đôi, chấn thương tủy sống làm ảnh hưởng đến khả năng làm trống bàng quang, rất dễ dẫn đến nhiễm trùng đường tiết niệu.

Chẩn đoán

- Dựa vào các triệu chứng thường gặp như tiểu nhiều lần, khó tiểu hoặc buốt rát khi tiểu, nước tiểu đục hoặc tiểu ra máu, sốt.
- Có thể dùng que thử nước tiểu để kiểm tra sự hiện diện của *protein*, *nitrat* và bạch cầu do nhiễm trùng hay viêm gây ra trong nước tiểu. Nếu kết quả cho thấy không có *protein*, *nitrat* và bạch cầu, có khả năng các triệu chứng bệnh đã xuất phát từ một nguyên nhân khác hơn là nhiễm trùng đường tiết niệu.
- Xét nghiệm mẫu nước tiểu giữa dòng qua soi kính hiển vi, nuôi cấy vi khuẩn, tìm hiểu độ nhạy cảm kháng sinh. Chẩn đoán xác định một mức độ nhiễm

trùng đáng kể khi số lượng một loại vi khuẩn vượt quá $10^5/\text{ml}$ và số lượng bạch cầu lớn hơn $50/\text{mm}^3$.

- Việc nuôi cấy vi khuẩn trong mẫu nước tiểu giữa dòng thường cần được thực hiện ở các đối tượng sau đây:
 - Phụ nữ có thai.
 - Trẻ em.
 - Nam giới.
 - Bệnh nhân phải đặt ống thông đường tiểu.
 - Bệnh nhân không đáp ứng với điều trị bằng kháng sinh.
 - Bệnh nhân có các triệu chứng dai dẳng ở đường tiết niệu.
- Với các trường hợp nhiễm trùng tái phát, có thể cần có một số xét nghiệm chẩn đoán đầy đủ hơn, chẳng hạn như:
 - Chụp X quang vùng bụng không chuẩn bị để phát hiện sỏi cản quang.
 - Siêu âm đường tiết niệu hoặc X quang đường tiết niệu có dùng thuốc cản quang để loại trừ sẹo vô thận do lần nhiễm trùng trước.
- Nam giới có các triệu chứng tương tự nhưng không bị nhiễm trùng rất có thể bị viêm tuyến tiền liệt. Triệu chứng kèm theo thường là cảm giác khó chịu phía sau 2 tinh hoàn, có thể có tiết dịch ở đầu dương vật. Cần xét nghiệm mẫu nước tiểu giữa dòng để

xác định loại trừ nhiễm trùng đường tiết niệu. Chẩn đoán xác định viêm tuyến tiền liệt bằng xét nghiệm mẫu nước tiểu đầu dòng buổi sáng để soi kính hiển vi, cũng có thể xét nghiệm dịch tiết ở đầu dương vật lấy được sau khi xoa tuyến tiền liệt.

Điều trị

- Điều trị thường tùy thuộc vào đối tượng. Nhiễm trùng đường tiết niệu với mức độ các triệu chứng không nghiêm trọng thường được điều trị như sau:
 - Phụ nữ: Dùng *Trimethoprim* 200mg, mỗi ngày 2 lần, liên tục trong 3 ngày.
 - Trẻ em trên 12 tuổi và nam giới: Dùng *Trimethoprim* 200mg, mỗi ngày 2 lần, liên tục trong 7 – 10 ngày.
 - Phụ nữ với các triệu chứng lâm sàng cho thấy có liên quan đến tổn thương ở thận như sốt, đau vùng thắt lưng: Dùng *Trimethoprim* 200mg, mỗi ngày 2 lần, liên tục trong 7 – 10 ngày.
 - Phụ nữ có thai: Dùng *Cephalexin* 1g mỗi ngày 2 lần, liên tục trong 7 – 10 ngày, hoặc *nitrofurantoin* MR 100mg mỗi ngày 2 lần, liên tục trong 7 – 10 ngày.
- Với các trường hợp nhiễm trùng tái phát, cần chẩn đoán xác định vi khuẩn gây bệnh và đảm bảo sử dụng đúng loại kháng sinh thích hợp. Tiếp tục sử

dụng kháng sinh thích hợp trong 7 – 10 ngày. Nếu các xét nghiệm chẩn đoán trong trường hợp tái phát cho kết quả bình thường, có thể tiến hành điều trị kháng sinh dự phòng. Nên chia khoảng $\frac{1}{4}$ liều điều trị dùng vào ban đêm.

- Nếu xác định nhiễm trùng tái phát có liên quan đến hoạt động tình dục, có thể dùng 1 liều kháng sinh trong vòng 2 giờ sau khi giao hợp.
- Các trường hợp ở nam giới có triệu chứng tương tự như nhiễm trùng đường tiết niệu nhưng thực sự không nhiễm trùng, nếu chẩn đoán xác định là viêm tuyến tiền liệt có thể điều trị bằng *doxycyclin* 200mg mỗi ngày hoặc *ciprofloxacin* 500mg mỗi ngày 2 lần, liên tục trong 3 tuần hoặc lâu hơn nếu các triệu chứng chưa dứt hẳn.

Phòng ngừa

Nhiễm trùng đường tiết niệu có thể phòng ngừa có hiệu quả bằng một số biện pháp như sau đây:

- Tập thói quen tiểu tiện ngay khi có nhu cầu. Việc nhịn tiểu làm lưu giữ nước tiểu trong bàng quang, tạo điều kiện cho vi khuẩn phát triển. Hơn nữa, sau khi nhịn tiểu một thời gian, lần đi tiểu tiếp đó thường không làm trống hoàn toàn bàng quang. Lượng nước tiểu sót lại sẽ là môi trường tốt cho vi khuẩn phát triển.

- Uống nhiều nước, làm gia tăng lượng nước tiểu, tạo điều kiện làm sạch vi khuẩn trong đường tiết niệu.
- Nữ giới cần vệ sinh tốt âm hộ. Khi dùng giấy vệ sinh sau khi đi tiêu phải chùi từ phía trước ra sau (từ âm hộ ra hậu môn), không làm ngược lại. Nếu không, vi khuẩn sẽ được đưa từ hậu môn đến âm hộ và dễ dàng gây nhiễm trùng. Nếu có thói quen đi tiêu mỗi ngày một lần, có thể kết hợp tắm sau khi đi tiêu sẽ đảm bảo an toàn hơn, vì khi tắm có thể làm sạch hậu môn và âm hộ dễ dàng hơn là dùng giấy vệ sinh.
- Không dùng quần lót bằng chất liệu vải *nylon* vì không thoáng khí, gây nóng và ẩm, tạo điều kiện dễ dàng cho vi khuẩn phát triển. Dùng loại *cotton* sẽ giúp giữ mát và hút ẩm tốt hơn. Bên ngoài cũng nên chọn loại quần thoáng rộng, không quá chật.
- Phụ nữ nên tiểu tiện sau mỗi lần giao hợp. Cho dù việc giao hợp không tạo ra vi khuẩn, nhưng hoạt động giao hợp thường làm đẩy sâu những vi khuẩn đang có sẵn trong âm hộ vào đường tiểu. Việc đi tiểu sau khi giao hợp giúp đưa những vi khuẩn này ra bên ngoài.
- Không dùng các loại chất khử mùi hôi, các loại xà phòng thơm, nước tắm sủi bọt... Những hóa chất này thật ra tạo điều kiện dễ gây nhiễm trùng hơn.
- Tập thói quen làm sạch cả âm hộ và dương vật trước

- mỗi lần giao hợp. Điều này cũng giúp ngăn ngừa nhiều bệnh nhiễm trùng nguy hiểm khác nữa.
- Chọn phương thức ngừa thai thích hợp, tránh dùng màng ngăn âm đạo. Màng ngăn âm đạo thường ép vào bàng quang và làm cho nước tiểu trong bàng quang không thể được đưa hết ra bên ngoài, tạo điều kiện cho vi khuẩn phát triển mạnh. Vì thế, màng ngăn âm đạo thực sự làm tăng nguy cơ nhiễm trùng đường tiết niệu.
- Những bệnh nhân có dấu hiệu đau khi giao hợp nên dùng chất bôi trơn khi giao hợp để hạn chế những thương tổn có thể gây nhiễm trùng.

SỎI TIẾT NIỆU

Là tình trạng sỏi ở thận, niệu quản hay bàng quang, do sự kết tủa của các loại muối và khoáng chất có trong nước tiểu. Việc hình thành sỏi tiết niệu có liên quan đến môi trường sống. Tỷ lệ sỏi thận và sỏi niệu quản thường cao hơn sỏi bàng quang ở các nước phát triển, trong khi tỷ lệ sỏi bàng quang lại khá cao ở các nước đang phát triển. Sỏi tiết niệu rất thường tái phát. Số bệnh nhân tái phát trong vòng 7 năm sau điều trị chiếm tỷ lệ đến 70%.

Nguyên nhân

- Không rõ nguyên nhân cụ thể, nhưng tỷ lệ mắc bệnh dường như có liên quan đến giới tính. Tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới cao gấp 3 lần so với nữ giới.

- Sỏi thường xuất hiện trong những trường hợp có dấu hiệu mất nước nhẹ, có lẽ do độ đậm đặc của nước tiểu gia tăng. Vì thế, bệnh thường gặp nhiều nhất vào mùa hè, khi thời tiết nóng bức.
- Sỏi cũng thường xuất hiện sau thời gian nằm liệt giường, ít vận động do bệnh tật...
- Sỏi *calci oxalat* và sỏi *phosphat* chiếm đến 70% trong các trường hợp sỏi thận và sỏi niệu quản. *Oxalat* là một sản phẩm chuyển hóa của cơ thể, vẫn hiện diện bình thường trong nước tiểu, khi kết hợp với *calci* thì tạo thành một loại muối kém hòa tan. Khi có nhiều *oxalat* trong thức ăn, nước uống, nồng độ *oxalat* trong nước tiểu sẽ tăng cao và sinh ra sỏi. Sỏi *calci oxalat* cũng có thể là dấu hiệu đầu tiên của rối loạn chuyển hóa do cường năng tuyến giáp.
- Khoảng 20% trường hợp sỏi tiết niệu là do nhiễm trùng, thường kèm theo nhiễm trùng đường tiết niệu. Thành phần sỏi gồm *calci*, *magnesi*, *phosphat ammoni*. Nước tiểu bị kiểm hóa, chứa nhiều *ammoni* do tác động của vi khuẩn đối với *ure* trong nước tiểu. Sỏi thận do nhiễm trùng có khi rất lớn, chiếm toàn bộ các ống và phần trên của niệu quản, bể thận, có hình dạng như sừng nai.
- Sỏi *acid uric* chỉ chiếm khoảng 5%, thường gặp ở bệnh nhân mắc các bệnh *gout*, ung thư hoặc mất nước mạn tính. Sỏi *cystin* rất hiếm, xuất hiện ở một

- loại bệnh chuyển hóa di truyền làm bệnh nhân tiểu ra *cystin*.
- Chế độ ăn nghèo dinh dưỡng, ít *protein* và *phosphat* thường gây ra sỏi bàng quang. Do đó mà sỏi bàng quang thường có tỷ lệ cao ở các nước nghèo hoặc đang phát triển.
- Nghẽn đường tiểu hay nhiễm trùng lâu ngày cũng gây ra sỏi bàng quang, và đây là nguyên nhân chủ yếu cho các trường hợp sỏi bàng quang ở các nước phát triển. Thành phần sỏi bàng quang có thể thay đổi tùy theo độ kiềm hay *acid* của nước tiểu.

Chẩn đoán

- Sỏi thận hay niệu quản thường biểu hiện bằng cơn đau quặn vùng thắt lưng một bên, kèm theo nôn. Chẩn đoán xác định bằng huyết niệu vi thể. Những cơn đau lưng hoặc đau vùng thắt lưng chưa được chẩn đoán nguyên nhân đều có thể là do có sỏi.
- Nếu có triệu chứng đau nghiêm trọng, tiến hành khẩn cấp việc phân tích mẫu nước tiểu ngay để tìm tế bào máu. Chụp *UIV* trong cơn đau có thể cho thấy chính xác vị trí của sỏi, chức năng của 2 thận và những chỗ tắc nghẽn.
- Nếu đau không nghiêm trọng, tiến hành lần lượt các xét nghiệm chẩn đoán sau đây:
 - Lấy mẫu nước tiểu giữa dòng gửi soi kính hiển vi và nuôi cấy vi khuẩn.

- Chụp X quang bụng không chuẩn bị. Khoảng 90% sỏi đường tiết niệu có thể được nhìn thấy trên phim X quang.
- Siêu âm kiểm tra kết quả.
- Làm công thức máu toàn bộ và tốc độ lắng hồng cầu.
- Xác định các chất điện giải, *ure*, *creatinin*, *urat*.
- Xác định hàm lượng *calci*, *phosphat* và *phosphat* kiểm.
- Nếu có thể được, phân tích thành phần hóa học của sỏi.
- Các trường hợp sau đây cần xem xét việc chuyển ngay đến điều trị tại chuyên khoa:
 - Các triệu chứng cho thấy có sỏi nhưng hoàn toàn không có điều kiện thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán xác định.
 - Chụp UIV cho thấy có những chỗ tắc nghẽn.
 - Chẩn đoán xác định sỏi quá lớn không thể tự động ra ngoài theo đường tiết niệu.
 - Đau quặn thận nghiêm trọng không đáp ứng với các biện pháp điều trị.
 - Có dấu hiệu suy giảm chức năng thận.
 - Kèm theo nhiễm trùng.

Điều trị

- Điều trị tức thời cơn đau quặn thận bằng thuốc giảm đau, an thần và cho bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường.

Nếu không đau nhiều, có thể dùng các thuốc kháng viêm không *steroid* dạng viên uống hoặc viên uống *pethidin*.

- Nếu cần hỗ trợ bằng thuốc để giải quyết các triệu chứng, có thể cho dùng *diclofenac* 75mg tiêm bắp (hoặc 100mg qua hậu môn) hay *pethidin* 100mg tiêm bắp, nếu cần kết hợp với *prochlorperazin* 12,5mg tiêm bắp để giảm nôn.
- Hướng dẫn bệnh nhân uống thật nhiều nước để gia tăng khả năng đưa sỏi ra khỏi niệu quản, bàng quang, niệu đạo. Đa số các trường hợp sỏi có kích thước nhỏ hơn 5mm được thải ra ngoài mà không cần can thiệp gì.
- Các trường hợp sỏi quá lớn hoặc kèm theo nhiễm trùng nghiêm trọng, có thể cần chuyển chuyên khoa để xem xét việc lấy sỏi ra bằng phẫu thuật, tránh tổn thương cho thận. Tuy nhiên, với kỹ thuật tiên tiến, đa số sỏi có thể được nghiền nát và lấy ra bằng ống soi bàng quang hoặc bằng máy siêu âm tán sỏi. Do đó, phẫu thuật lấy sỏi thường chỉ áp dụng với những trường hợp sỏi quá lớn.
- Sỏi tiết niệu có tỷ lệ tái phát cao. Sau điều trị nhất thiết phải hướng dẫn bệnh nhân những biện pháp cần áp dụng thường xuyên để giảm nguy cơ tái phát:

- Chế độ dinh dưỡng đặc biệt, chú ý giảm thấp các thành phần tạo sỏi.
- Tập thói quen uống thật nhiều nước.

TIỂU KHÔNG TỰ CHỦ

Là tình trạng tiểu tiện ngoài ý muốn, bệnh nhân không thể kiểm soát được hoạt động tiểu tiện của cơ thể. Tiểu không tự chủ hay mất tự chủ tiểu tiện có thể rất thông thường ở trẻ em do hệ thần kinh kiểm soát bàng quang chưa phát triển hoàn chỉnh, ở người già do cơ vòng quanh niệu đạo suy yếu theo tuổi tác, nhưng cũng có thể do nhiều nguyên nhân khác khi xuất hiện ở mọi độ tuổi. Theo ước tính có khoảng 60% người cao tuổi bị mất tự chủ tiểu tiện, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới. Khoảng 20% phụ nữ trên 20 tuổi bị mất tự chủ tiểu tiện ở một mức độ nào đó. Bệnh có thể điều trị hiệu quả, nhưng tâm lý bệnh nhân lại thường che giấu không đi khám bệnh, nên bệnh có thể âm thầm kéo dài. Tiểu không tự chủ do sang chấn và cơ bức niệu không ổn định thường là những nguyên nhân chính chiếm đến 90% các trường hợp mất tự chủ tiểu tiện.

Nguyên nhân

- *Tiểu không tự chủ do sang chấn*: Một lượng nhỏ nước tiểu thoát ra ngoài ý muốn khi người bệnh nhấc một vật nặng, vận động quá sức, ho hay hắt

- hơi với một lực khá mạnh... Thường gặp ở phụ nữ, nhất là sau khi sinh, do cơ vòng niệu đạo bị giãn.
- *Tiểu không tự chủ do thôi thúc*: Người bệnh có cảm giác thôi thúc muốn đi tiểu kèm theo sự bất lực trong việc kiểm soát bàng quang, bàng quang co bóp ngoài ý muốn. Tiểu không tự chủ do thôi thúc thường xảy ra khi đang đi hoặc ngồi, nhưng thường nhất là bắt đầu khi thay đổi tư thế đột ngột. Khi nước tiểu đã bắt đầu thoát ra, dòng chảy sẽ liên tục không kiểm soát được cho đến khi bàng quang hoàn toàn trống rỗng.
 - *Tiểu không tự chủ hoàn toàn*: Do cơ vòng hoàn toàn không hoạt động, nên người bệnh mất hẳn sự kiểm soát bàng quang. Trong một số trường hợp, có thể do nước tiểu không đi qua cơ vòng, như có lỗ dò bàng quang-âm đạo, hoặc niệu quản lạc chỗ, cắm vào niệu đạo thay vì là vào bàng quang.
 - *Tiểu không tự chủ do ứ đọng nước tiểu*: Bệnh nhân bị ứ đọng nước tiểu thường xuyên do có tắc nghẽn, khiến nước tiểu không thể chảy hết ra như bình thường, chẳng hạn như trong trường hợp phì đại tuyến tiền liệt. Bàng quang bị căng dẫn đến nước tiểu nhỏ giọt liên tục không kiểm soát được.
 - Một số nguyên nhân trực tiếp cụ thể là:
 - Do dùng nhiều thuốc lợi tiểu, các loại thức uống có tác dụng lợi tiểu...

- Do dùng nhiều các loại thuốc chống trầm cảm, làm suy giảm khả năng kiểm soát của hệ thần kinh.
- Bệnh đường tiết niệu: nhiễm trùng, sỏi bàng quang, bướu.
- Sa tử cung hoặc sa âm đạo.
- Thiếu khả năng kiểm soát của não bộ. Ở trẻ em là hiện tượng đái dầm do hệ thần kinh chưa phát triển đầy đủ. Ở người lớn tuổi và người bị tổn thương tâm thần, tổn thương não hoặc tử sống do chấn thương hoặc do có bệnh.
- Các trạng thái căng thẳng tâm lý quá mức, lo lắng, tức giận...
- Cơ vùng chậu yếu, gãy khung chậu, ung thư tuyến tiền liệt.
- Bàng quang bị kích thích, cơ bàng quang co bóp từng cơn làm tăng áp lực bàng quang, đẩy nước tiểu ra ngoài niệu đạo, gây cảm giác muốn đi tiểu liên tục.

Chẩn đoán

- Nếu có đau khi tiểu tiện, cố gắng chẩn đoán loại trừ các trường hợp nhiễm trùng đường tiết niệu, viêm teo âm đạo hay có tắc nghẽn đường tiểu.
- Tìm hiểu các thức uống bệnh nhân đã dùng trong

- thời gian gần đây, loại trừ khả năng do dùng quá nhiều các thức uống có tính chất lợi tiểu như cà phê, thức uống có cồn.
- Tìm hiểu các loại thuốc mà bệnh nhân đã dùng gần đây, loại trừ khả năng do dùng nhiều các thuốc lợi tiểu, thuốc chống trầm cảm.
 - Tìm hiểu tiền sử các bệnh sa sút trí tuệ, đột quỵ, Parkinson, xơ cứng rải rác, sa đĩa đệm, tổn thương tủy sống, phẫu thuật vùng chậu.
 - Đánh giá cơ vùng đáy chậu bằng cách yêu cầu bệnh nhân cố gắng nâng vùng đáy chậu lên trong khi bác sĩ thực hiện các thao tác khám vùng chậu.
 - Dùng que thử nước tiểu để kiểm tra máu, đường, *protein* và *nitrit*.
 - Gửi mẫu nước tiểu giữa dòng phân tích để phát hiện các trường hợp nhiễm trùng, viêm, tiểu đường hoặc mất đạm, đồng thời soi kính hiển vi, nuôi cấy vi khuẩn và xác định độ nhạy với kháng sinh.
 - Siêu âm, chụp X quang hệ tiết niệu có tiêm thuốc cản quang vào tĩnh mạch. Chụp X quang lúc bệnh nhân đi tiểu để chẩn đoán nguyên nhân tắc nghẽn.
 - Đo áp lực bàng quang để xác định chức năng bàng quang là bình thường hay có bất thường của thần kinh kiểm soát bàng quang.
 - Soi bàng quang để tìm sỏi, bướu...

Điều trị

- Điều trị tùy thuộc vào nguyên nhân được chẩn đoán.
- Trong đa số trường hợp, không cần đến thuốc mà chỉ cần hướng dẫn bệnh nhân một số biện pháp thích hợp:
 - Giảm cân, nếu bệnh nhân đang quá cân hoặc béo phì.
 - Bỏ thuốc lá.
 - Chú ý chế độ dinh dưỡng nhiều chất xơ, tránh táo bón vì có thể làm cho bệnh trầm trọng hơn.
 - Tránh nâng các vật nặng hay làm những việc nặng.
 - Luyện tập thường xuyên cơ vùng đáy chậu, cải thiện trương lực và tăng sức chịu đựng. Hướng dẫn bệnh nhân co thắt vùng bàng quang phía trước và vùng bụng phía sau, đếm chậm từ 1 đến 4 rồi từ từ thư giãn ra. Lặp lại nhiều lần bài luyện tập này, mỗi lần ít nhất là 1 giờ hoặc lâu hơn. Có thể tập vào bất cứ lúc nào trong ngày.
 - Luyện tập kiểm soát bàng quang bằng cách cố gắng giảm dần số lần đi tiểu để tăng lượng nước tiểu lớn hơn, qua đó luyện được khả năng ức chế những co thắt bất thường của cơ bức niệu.
- Nếu có dấu hiệu viêm teo âm đạo, điều trị bằng kem

bôi âm đạo *estrogen* hoặc uống thuốc theo liệu pháp thay thế *hormon* (HRT).

- Kèm theo việc luyện tập kiểm soát bàng quang, có thể dùng thuốc để ổn định hoạt động của cơ bức niệu, chẳng hạn như dùng *oxybutynin* 2,5 – 5mg mỗi ngày 3 lần, *propanthelin* 15mg mỗi ngày 4 lần, hoặc *imipramin* 25mg dùng mỗi buổi tối hay dùng mỗi ngày 2 lần. Một khi đã lấy lại được khả năng kiểm soát bàng quang, đa số bệnh nhân có thể duy trì được sự cải thiện này mà không cần tiếp tục dùng thuốc.
- Bệnh nhân thường cần đến sự hỗ trợ về mặt tâm lý.



Các vấn đề về tình dục

ÍT HAM MUỐN TÌNH DỤC

Là tình trạng bất thường xuất hiện ở cả 2 giới, nhưng thường gặp ở phụ nữ nhiều hơn. Người bệnh mất đi cảm giác hưng phấn thông thường và không có hoặc có rất ít ham muốn tình dục. Ít ham muốn tình dục thường xuất hiện trong một thời gian ngắn vào một thời điểm nào đó trong đời người, và điều đó là bình thường, không có gì đáng lo ngại. Tuy nhiên, nếu tình trạng này kéo dài, cần phải xem xét đến nguyên nhân gây ra để điều trị, vì nếu không sẽ có thể ảnh hưởng đến cuộc sống chung trong gia đình.

Nguyên nhân

- Ít ham muốn tình dục có thể là một dạng rối loạn tình dục, thường xuất hiện ở tuổi trẻ và được cải thiện qua thời gian, thường do một trong 2 người hoặc cả hai không có đủ những kinh nghiệm về tình dục vào giai đoạn ban đầu.
- Ít ham muốn tình dục có thể gây ra do người bệnh có những khó khăn không vượt qua được trong hoạt

động tình dục, và điều đó tạo ra tâm lý lo lắng, căng thẳng, ức chế sự ham muốn tình dục.

- Ít ham muốn tình dục cũng có thể gây ra do ấn tượng mạnh của những khó khăn trong lần giao hợp đầu tiên, hoặc do bị đau, hoặc không nhận được khoái cảm, hoặc gặp phải những trở ngại nhất định nào đó từ bạn tình. Thường thì điều này tạo ra một tâm lý e dè, sợ sệt dẫn đến ức chế sự ham muốn tình dục.
- Ít ham muốn tình dục còn có thể là kết quả của sự giáo dục tính dục quá nghiêm khắc và không đầy đủ, tạo ra một thái độ tình dục sai lệch, cứng nhắc dẫn đến ức chế sự ham muốn tình dục tự nhiên.
- Ít ham muốn tình dục có thể là dấu hiệu của một sức khỏe không tốt hoặc đang suy nhược, có thể đang có một hoặc nhiều bệnh lý tiềm ẩn.

Chẩn đoán

- Không cần thiết phải chẩn đoán điều trị nếu tình trạng chỉ xuất hiện lần đầu tiên và không kéo dài quá lâu. Bệnh nhân nên được trấn an rằng những trường hợp như vậy là bình thường và có thể xảy ra với bất cứ ai trong một quãng thời gian ngắn.
- Thăm khám thực thể thường không cần thiết, trừ khi có dấu hiệu nghi ngờ về rối loạn nội tiết tố hoặc các bệnh ở cơ quan sinh dục.

- Tạo môi trường trao đổi cởi mở với bệnh nhân, tạo điều kiện để bệnh nhân dễ dàng chia sẻ tất cả những cảm nhận, suy nghĩ và những khó khăn trong hoạt động tình dục. Thông qua đó để tìm hiểu nguyên nhân gây bệnh.
- Nếu cần thiết, có thể tiếp xúc với cả 2 bên để có đủ thông tin về những vấn đề trở ngại trong hoạt động tình dục của họ.
- Một số loại thuốc có tác dụng phụ làm giảm ham muốn tình dục, chẳng hạn như thuốc chống trầm cảm, thuốc an thần, thuốc hạ huyết áp, thuốc ngừa thai... Uống rượu quá nhiều cũng gây ra ít ham muốn tình dục.

Điều trị

- Thường không phải dùng đến thuốc, trừ khi có sự chẩn đoán chính xác về những bệnh liên quan.
- Hướng dẫn cho bệnh nhân về những hiểu biết cơ bản trong hoạt động tình dục, loại bỏ những nhận thức sai lệch và cố gắng giúp họ quên đi những ấn tượng không tốt trước đây.
- Vai trò hỗ trợ lẫn nhau của cả hai người là rất quan trọng. Cần có sự trao đổi thoải mái giữa đôi bên để tránh những ấn ức không bộc lộ. Mỗi người nên hiểu được những gì mà bạn tình của mình thích hoặc không thích, và sự trao đổi về chủ đề này giữa

- đôi bên là cần thiết, hoàn toàn không nên tránh né.
- Yếu tố tâm lý đóng vai trò quan trọng. Vì thế, hai người cần phải quan tâm đến nhau nhiều hơn trong cuộc sống, ngay cả những việc nhỏ nhặt trong sinh hoạt thường ngày. Điều đó tạo ra sự gắn bó thân thiết về tình cảm và tăng thêm sức cuốn hút lẫn nhau.
- Nếu có liên quan đến vấn đề sức khỏe, cần cải thiện sức khỏe hoặc điều trị bất cứ bệnh tật nào gây suy yếu.

GIAO HỢP ĐAU

Giao hợp đau có thể gặp ở cả hai giới. Ở nữ giới, đau có thể ở vùng ngoài hoặc sâu trong vùng chậu.

Nguyên nhân

- Đau vùng ngoài thường do các bệnh ở cơ quan sinh dục như lậu, mụn cóc sinh dục, *chlamydia*... Có thể đau ở vùng xương mu hoặc quanh âm hộ.
- Một số loại thuốc diệt tinh trùng dùng phối hợp với mục đích tránh thai có thể gây cảm giác đau rát ở cả hai người.
- Nam giới bị đau khi giao hợp có thể do có bất thường ở cơ quan sinh dục, chẳng hạn như dương vật bị cong khi cương, da quy đầu bị hẹp.

- Viêm tuyến tiền liệt gây ra cảm giác đau nhói như dao đâm ở quy đầu, cũng có thể gây đau khắp vùng chậu hoặc tạo cảm giác bỏng rát.
- Viêm bàng quang, nhiễm trùng đường tiết niệu cũng là những nguyên nhân gây đau, thường gặp hơn ở phụ nữ.
- Giao hợp đau có thể do người phụ nữ bị khô âm đạo, thiếu chất nhờn làm cho việc giao hợp khó khăn và dễ gây đau, thường gặp nhất là sau giai đoạn mãn kinh.
- Bệnh lý tâm thần cũng có thể gây đau khi giao hợp, chẳng hạn như làm cơ thắt cơ âm đạo không đúng lúc khiến dương vật khó đưa vào và gây đau.
- Giao hợp đau cũng có thể do người phụ nữ chưa được kích thích đủ để khơi dậy ham muốn tình dục.
- Phụ nữ khi giao hợp bị đau ở vùng sâu có thể là:
 - Bệnh vùng chậu, chẳng hạn như bướu tử cung, thai ngoài tử cung, nang buồng trứng...
 - Lạc nội mạc tử cung làm dày niêm mạc tử cung.
 - Viêm vòi trứng mạn tính
 - Giãn tĩnh mạch vùng chậu.
 - Bệnh ở cổ tử cung, chẳng hạn như bướu hoặc nhiễm trùng.

Chẩn đoán

- Dựa vào các triệu chứng kèm theo và thăm khám thực thể để tìm nguyên nhân gây đau.

- Thực hiện các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán xác định các bệnh liên quan.
- Chú ý đến các yếu tố tâm lý có thể là nguyên nhân sâu xa dẫn đến những phản ứng bất thường khi giao hợp, chẳng hạn như cơ thắt cơ âm đạo.

Điều trị

- Hỗ trợ bệnh nhân về tâm lý, giải tỏa những căng thẳng hay lo lắng không hợp lý.
- Có thể xác định việc đau do người phụ nữ chưa được kích thích đủ bằng cách hướng dẫn việc kích thích âm vật nhiều hơn trước mỗi lần giao hợp. Nếu có kết quả tốt, cô ta nên trao đổi với bạn tình để người này thực hiện việc đó.
- Điều trị nguyên nhân bệnh lý gây đau đã được xác định, nếu có.
- Khô âm đạo có thể điều trị trực tiếp bằng kem bôi âm đạo *estrogen*, kèm theo điều trị bằng liệu pháp thay thế *hormon* nếu đã qua giai đoạn mãn kinh. Có thể dùng các loại dầu bôi trơn âm đạo để giảm đau khi giao hợp.
- Sử dụng thuốc giảm đau ở mức độ thích hợp.
- Hạn chế hoặc ngừng hẳn việc giao hợp nếu như đang điều trị các bệnh lây qua đường tình dục. Tiến hành điều trị cùng lúc cho cả 2 người và chỉ giao hợp sau khi kết thúc điều trị có hiệu quả.

LIỆT DƯƠNG

Còn gọi là bất lực, là tình trạng xảy ra ở nam giới khi dương vật không đáp ứng với các kích thích tình dục, không cương lên để có thể thực hiện hoạt động giao hợp. Thực ra, hầu hết mọi người đều có một vài lần trải qua tình trạng liệt dương, và đó không phải là điều đáng lo lắng. Tuy nhiên, nếu lặp lại nhiều lần hoặc kéo dài gây trở ngại cho hoạt động tình dục bình thường, việc tìm hiểu nguyên nhân và điều trị là cần thiết. Cũng cần biết thêm là yếu tố tâm lý đóng một vai trò cực kỳ quan trọng trong việc gây ra tình trạng liệt dương. Vì thế, việc điều trị bằng tâm lý thường mang lại hiệu quả tốt.

Nguyên nhân

- Hơn một nửa số trường hợp liệt dương có nguyên nhân sinh lý. Các trường hợp khác có thể do nhiều nguyên nhân, trong đó nguyên nhân tâm lý là một trong những nguyên nhân chính.
- Tình trạng liệt dương thỉnh thoảng xảy ra ở một người đàn ông khỏe mạnh bình thường có thể là dấu hiệu của sự làm việc quá sức, thiếu nghỉ ngơi hoặc suy nhược cơ thể.
- Việc sử dụng một số loại thuốc có thể tạm thời gây ra tình trạng liệt dương, chẳng hạn như các thuốc chẹn beta, thuốc chống trầm cảm, thuốc ức chế chuyển hóa men *angiotensin*...
- Uống rượu quá nhiều.

Chẩn đoán

- Nếu liệt dương có liên quan đến các yếu tố bên ngoài, có nhiều khả năng là xuất phát từ nguyên nhân tâm lý. Chẳng hạn như dương vật có thể cương lên vào buổi sáng hoặc khi thủ dâm, nhưng lại không đáp ứng vào lúc giao hợp.
- Các nguyên nhân sinh lý được nhấn mạnh hơn nếu liệt dương không hoàn toàn, nghĩa là dương vật có cương lên nhưng không đủ độ cứng.
- Tìm hiểu về những thuốc mà bệnh nhân đã dùng, về sinh hoạt tình dục trước đây khi còn bình thường, về chế độ ăn uống, nhất là các thói quen uống rượu và hút thuốc lá...
- Tìm hiểu về tiền sử các bệnh cao huyết áp, bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh thần kinh tự quản, các dấu hiệu rối loạn nội tiết tố...
- Thực hiện một số xét nghiệm kiểm tra như kiểm tra công thức máu, lượng đường trong máu, *testosteron*, chức năng tuyến giáp, *prolactin*, LH và FSH. Nếu kết quả xét nghiệm cho thấy có bất thường thì tiếp tục thăm dò các bệnh liên quan.

Điều trị

- Điều trị các bệnh tùy theo kết quả chẩn đoán.
- Trong các trường hợp xuất phát từ nguyên nhân tâm lý, nên được sự hỗ trợ của một nhà chuyên môn về tâm lý giới tính.

– Hướng dẫn bệnh nhân một số vấn đề để vượt qua các trở ngại tâm lý, lấy lại sự tự tin trong hoạt động tình dục. Thường thì phải có sự nỗ lực của cả 2 người, và sự khuyến khích, động viên của người vợ có giá trị rất lớn trong sự hồi phục của người chồng. Hoạt động giao hợp nên tạm ngừng một thời gian với những lời khuyên cho cả hai người như sau:

- Người chồng nên nhận thức đúng về tình trạng của mình, không nên lo lắng thái quá.
- Người vợ nên có thái độ cảm thông, đặc biệt đừng tỏ ra quan tâm nhiều đến vấn đề này. Như vậy sẽ giúp giảm nhẹ áp lực tâm lý cho người chồng.
- Thái độ tốt nhất là phớt lờ đi, rồi vấn đề sẽ trôi qua. Dù sao đi nữa, người chồng cũng cần có một thời gian để hồi phục, nếu vấn đề không có nguyên nhân nghiêm trọng nào.
- Khi xảy ra liệt dương, cần được nghỉ ngơi đúng mức và giảm bớt những công việc nặng nhọc.
- Không hút thuốc, không uống rượu bia. Ngoài việc ảnh hưởng không tốt đến khả năng hoạt động tình dục, rượu bia và thuốc lá còn là nguyên nhân gây ra nhiều vấn đề sức khỏe khác nữa.
- Hãy kiên nhẫn với vấn đề. Đôi khi tâm lý thoải mái, tự nhiên có thể là phương thức tốt nhất giúp người bệnh nhanh chóng tự hồi phục.

XUẤT TINH SỚM

Là tình trạng xuất tinh xảy ra quá sớm, trước khi dương vật kịp đưa vào âm đạo, hoặc cũng có thể là ngay khi vừa đưa vào. Xuất tinh sớm là tình trạng rất thường gặp, nhất là ở những người trẻ mới giao hợp lần đầu tiên. Tuy nhiên, ở người trưởng thành thỉnh thoảng cũng xảy ra tình trạng này. Vấn đề thường không nghiêm trọng và người bệnh có thể tự vượt qua với những chỉ dẫn cần thiết.

Nguyên nhân

- Xuất tinh sớm thường là do sự mất quân bình về mặt tâm lý, khi có sự kích thích quá mức hoặc do những lo lắng về vấn đề tình dục.
- Nếu người bệnh không nhận thức đúng được vấn đề, một vài lần xuất tinh sớm có thể trở thành nguyên nhân gây lo lắng, tạo áp lực tâm lý, và điều này lại trở thành nguyên nhân cho những lần xuất tinh sớm có thể tiếp tục xảy ra sau đó.

Điều trị

- Sự bình ổn về tâm lý là yếu tố quan trọng. Người bệnh cần được trấn an về tính chất tạm thời cũng như không nghiêm trọng của vấn đề.
- Hướng dẫn người bệnh kỹ thuật kích thích ngắt quãng để gia tăng khả năng tự chế khi giao hợp.

Trong kỹ thuật này, người đàn ông ngừng mọi sự kích thích ngay khi có cảm giác gần xuất tinh, và thư giãn trong khoảng 30 giây. Sau đó lại tiếp tục. Tiến trình có thể lặp lại nhiều lần. Lâu dần, người đàn ông sẽ lấy lại được khả năng kiểm soát và sẽ xuất tinh như bình thường.

KHÔNG ĐẠT CỰC KHOÁI

Cực khoái là khoái cảm cao nhất có thể đạt được ở cả hai người khác phái qua hoạt động giao hợp. Tuy nhiên, mỗi người đạt đến cực khoái theo một cách khác nhau và cũng có thể vào thời điểm khác nhau. Rất ít khi cả hai cùng đạt đến cực khoái cùng một lúc. Không phải lần giao hợp nào cũng đạt đến cực khoái, nhất là ở phụ nữ. Không đạt được cảm giác cực khoái trong một vài lần giao hợp là điều rất bình thường, nhưng nếu tình trạng kéo dài, có thể có những nguyên nhân cần điều trị.

Cực khoái ở nam giới xảy ra vào thời điểm xuất tinh, một loạt sự co cơ liên tiếp xuất hiện dọc theo ống dẫn từ tinh hoàn, tuyến tiền liệt và dương vật. Sự co cơ này phối hợp để tạo áp lực đẩy tinh dịch vọt mạnh ra khỏi dương vật, đồng thời cũng tạo ra cảm giác thích thú cực độ, hay cực khoái.

Cực khoái ở nữ giới có thể xảy ra đồng thời với nam giới, nhưng cũng có thể xảy ra trước hoặc sau đó. Cảm giác cực khoái xuất hiện khi phần vách âm đạo phía

ngoài co thắt mạnh thành từng cơn nhịp nhàng, nhiều lần. Cảm giác thích thú xuất hiện đầu tiên ở âm vật rồi lan ra khắp cơ thể.

Khoảng 30 – 50% phụ nữ có một quãng thời gian nhất định nào đó trong đời khi mà việc giao hợp rất khó đạt đến cực khoái. Khoảng 10 – 15% trong số đó không bao giờ đạt đến cực khoái. Số còn lại chỉ thỉnh thoảng mới đạt được.

Nguyên nhân

- Yếu tố tâm lý đóng vai trò quan trọng. Khi có nhiều lo lắng hoặc thiếu cảm giác say mê, thích thú với người bạn tình, rất có thể sẽ không đạt được cực khoái. Khi hai người đang có vấn đề bất hòa, thường ít khi giao hợp có thể đạt đến cực khoái.
- Hoạt động giao hợp chưa có đủ kinh nghiệm hoặc thiếu sự hiểu biết hòa hợp giữa hai người.
- Thiếu sự kích thích tình dục, nhất là ở nữ giới. Về mặt tự nhiên, cơ thể nữ giới cần thời gian kích thích lâu hơn để đạt được cảm giác cực khoái (khoảng 13 phút), trong khi ở nam giới thì thời gian ngắn hơn nhiều (khoảng 3 phút). Vì thế, nếu người đàn ông không có sự quan tâm đúng mức thì người phụ nữ rất ít khi đạt được cảm giác cực khoái.
- Một số vấn đề tâm lý cũng có thể dẫn đến tình trạng không đạt được cực khoái, chẳng hạn như

chấn thương sinh dục xảy ra từ lúc còn trẻ, trầm cảm, tính e thẹn, nhận thức ức chế về hoạt động tình dục, sợ có thai, lo lắng về khả năng hoạt động tình dục của bản thân không đáp ứng với bạn tình...

- Không đạt đến cực khoái cũng có thể do những bệnh lý thực thể gây đau khi giao hợp, do đó hạn chế khả năng đạt đến cực khoái.

Chẩn đoán

- Chẩn đoán loại trừ các bệnh lây qua đường tình dục, các bất thường ở cơ quan sinh dục, các nguyên nhân gây đau khi giao hợp.
- Tìm hiểu các nguyên nhân tâm lý, các vấn đề liên quan đến sinh hoạt tình dục, nhất là những trở ngại có thể gây ra tâm lý lo lắng.

Điều trị

- Tư vấn tâm lý là quan trọng. Cần giải tỏa những nhận thức sai lầm về tình dục nếu có, trấn an và giải thích để người bệnh hiểu rõ nguyên nhân của vấn đề, nhằm tạo ra tâm lý thoải mái khi giao hợp.
- Trong phần lớn các trường hợp, sự quan tâm của cả hai người có thể giúp tạo ra sự hiểu biết lẫn nhau về các đáp ứng tình dục, các hoạt động tiền giao

hợp và giao hợp, do đó có thể cải thiện đáng kể tâm lý khi giao hợp, tạo điều kiện dễ dàng hơn cho việc đạt đến cực khoái.

- Điều trị các bệnh liên quan nếu có, nhất là các vấn đề gây đau khi giao hợp.



Các biện pháp tránh thai

KHÁI NIỆM CHUNG

Các biện pháp tránh thai là những biện pháp nhằm mục đích kiểm soát sự thụ tinh để tránh sự có thai ngoài ý muốn sau giao hợp. Có nhiều biện pháp tránh thai khác nhau, mỗi biện pháp có thể phù hợp với một số người nhất định nhưng lại có thể không phù hợp với những người khác. Ngoài ra, sự kết hợp đồng thời 2 hay nhiều biện pháp đôi khi cũng được áp dụng để gia tăng hiệu quả của việc tránh thai. Nói chung, việc chọn lựa biện pháp tránh thai thường dựa vào các yếu tố sau đây:

- *An toàn*: Biện pháp tránh thai được lựa chọn phải đảm bảo tính an toàn, không gây ảnh hưởng xấu đến sức khỏe của người sử dụng. Một biện pháp có thể an toàn với người này nhưng lại gây ra tác dụng phụ không thể chấp nhận được ở một người khác. Vì thế, cần phải có sự lựa chọn thích hợp.
- *Hiệu quả*: Trong thực tế mỗi biện pháp tránh thai đều có những giới hạn nhất định về mặt hiệu quả. Hầu như chưa có biện pháp nào đạt hiệu quả 100%. Tỷ lệ thất bại của mỗi biện pháp tránh thai có thể khác nhau, và tỷ lệ này cũng khác nhau ở mỗi

người. Do đó, cần chọn lựa biện pháp thích hợp tùy theo từng đối tượng, phù hợp với độ tuổi, tình trạng sức khỏe, nghề nghiệp...

- *Không có tác dụng vĩnh viễn*: Trừ các trường hợp triệt sản, hầu hết những người sử dụng các biện pháp tránh thai đều chỉ nhằm mục đích tránh thai tạm thời trong những thời gian nhất định, chẳng hạn như chỉ để gia tăng khoảng cách giữa 2 lần sinh con. Khi muốn có con, các biện pháp tránh thai sẽ được ngừng lại. Vì thế, một biện pháp tránh thai thích hợp không nên ảnh hưởng đến khả năng có thai của người sử dụng trong một thời gian quá dài sau khi ngừng sử dụng.
- *Dễ sử dụng*: Biện pháp tránh thai thích hợp là biện pháp không gây khó khăn nhiều trong việc sử dụng, không ảnh hưởng đến sinh hoạt thường ngày cũng như hoạt động tình dục của người sử dụng.

Các biện pháp tránh thai hiện đang được sử dụng thường rất khó đáp ứng được một cách lý tưởng cả 4 yêu cầu trên. Tuy nhiên, mỗi biện pháp có một số mặt ưu điểm nhất định và có thể là phù hợp với một số đối tượng. Việc tư vấn để người sử dụng chọn lựa biện pháp tránh thai thích hợp thường cần chỉ rõ những ưu nhược điểm của từng biện pháp cũng như xem xét các yếu tố thích hợp đối với từng đối tượng khác nhau, chẳng hạn như độ tuổi, tình trạng sức khỏe, nghề nghiệp... Việc kết

hợp sử dụng đồng thời 2 hay nhiều biện pháp tránh thai có thể là cần thiết để nâng cao tính hiệu quả.

Các biện pháp tránh thai phổ biến nhất hiện nay gồm có: viên uống tránh thai kết hợp, viên uống tránh thai *progestogen* đơn thuần, *progestogen* dạng tiêm và dạng cấy dưới da, dụng cụ tránh thai đặt trong tử cung (đặt vòng), màng ngăn âm đạo, bao cao su, tránh thai tự nhiên dựa vào chu kỳ rụng trứng, xuất tinh ngoài âm đạo... Ngoài ra còn có các biện pháp triệt sản có thể được áp dụng ở nam giới hoặc nữ giới nếu như không có nhu cầu sinh con lần nữa.

Hầu hết các biện pháp ngừa thai đang được chọn sử dụng rộng rãi đều có hiệu quả tránh thai cao. Tuy nhiên, một thực tế là các trường hợp thất bại (có thai trong thời gian đang sử dụng một biện pháp ngừa thai) thường cao hơn nhiều so với được thừa nhận trên lý thuyết. Điều này thường xuất phát phần lớn từ sự thiếu hiểu biết của người sử dụng, không vận dụng một cách thích hợp hoặc không tuân thủ những chỉ dẫn chuyên môn. Tránh thai là một yêu cầu liên tục và lâu dài, vì thế mà mọi sơ sót của người sử dụng, dù chỉ một hai lần, cũng đều phải trả giá. Những kiến thức tổng quát sau đây về các biện pháp tránh thai, cũng như các chỉ dẫn thiết thực cho từng biện pháp, hy vọng sẽ giúp ích phần nào cho những người có nhu cầu sử dụng các biện pháp tránh thai.

VIÊN UỐNG TRÁNH THAI KẾT HỢP

Viên uống tránh thai kết hợp là tên gọi của loại thuốc tránh thai sử dụng kết hợp 2 loại *hormon* là *progestogen* và *estrogen*.

Tác dụng tránh thai của viên uống tránh thai kết hợp là ngăn sự rụng trứng, làm cho chất nhầy cổ tử cung đặc lại khiến cho tinh trùng khó đi vào tử cung. Thuốc cũng làm cho nội mạc tử cung mỏng đi.

Chống chỉ định

Các trường hợp sau đây tuyệt đối không được sử dụng viên uống tránh thai kết hợp:

- Bệnh huyết khối tĩnh mạch hoặc nghẽn mạch.
- Bệnh tim (bất thường ở van tim hay thiếu máu cục bộ).
- Cao huyết áp (>160/100 mmHg).
- Tăng *lipid* huyết.
- Đau đầu *migraine* hay đau đầu từng vùng.
- Ung thư vú hoặc cổ tử cung.
- Từ 4 tuần trước cho đến 2 tuần sau phẫu thuật lớn.
- Và một số trường hợp hiếm gặp như:
 - Bệnh gan thể hoạt động.
 - Tăng hồng cầu

- Thiếu máu hồng cầu liềm.
- Rối loạn chuyển hóa *porphyrin*.
- Chửa trứng trong thời gian gần đây.
- Tăng *prolactin* huyết.
- Biến chứng của bệnh tiểu đường.

Các trường hợp sau đây cần hết sức thận trọng khi chỉ định sử dụng viên uống tránh thai kết hợp:

- Tiền sử gia đình có người mắc bệnh động mạch.
- Bệnh tiểu đường.
- Huyết áp hơi cao hơn bình thường.
- Nghiện thuốc lá nặng.
- Cân nặng quá mức.
- Giới hạn độ tuổi: Những phụ nữ nghiện thuốc lá nên ngừng dùng viên uống tránh thai kết hợp khi đến tuổi 35. Không có giới hạn độ tuổi đối với những phụ nữ khỏe mạnh và không hút thuốc.
- Đau đầu *migraine* thể thông thường.

Cách dùng

- Viên uống tránh thai kết hợp được dùng theo chu kỳ kinh nguyệt, mỗi ngày 1 viên vào cùng một thời điểm, liên tục trong 21 ngày đầu và nghỉ thuốc 7 ngày cuối, sau đó bắt đầu ngay chu kỳ mới. Tuy nhiên, để dễ sử dụng, nhà sản xuất thường kèm

- theo trong vỉ thuốc 7 viên thuốc khác màu không có hoạt tính (giả dược) hoặc chứa sắt (Fe) có tác dụng bổ máu. Như vậy, người sử dụng có thể dùng thuốc liên tục, tránh được tình trạng nhầm lẫn hay quên thuốc do có thời gian ngừng thuốc.
- Nếu bắt đầu dùng thuốc từ ngày đầu tiên của chu kỳ kinh nguyệt, có thể không cần thêm bất cứ biện pháp tránh thai nào khác.
 - Nếu bắt đầu từ ngày thứ 5 của chu kỳ kinh nguyệt, cần sử dụng thêm một biện pháp tránh thai khác trong vòng 7 ngày đầu tiên dùng thuốc.
 - Nếu lỡ quên một viên thuốc, uống ngay vào lúc vừa nhớ ra và uống viên kế tiếp vào thời điểm như bình thường. Nếu thời gian quên thuốc dưới 12 giờ, xem như không có ảnh hưởng gì. Nếu thời gian quên thuốc đã kéo dài hơn 12 giờ, cần phải áp dụng thêm một biện pháp tránh thai khác trong vòng 7 ngày sau đó.
 - Nếu lỡ quên từ 2 viên thuốc trở lên, uống ngay 2 viên vào lúc vừa nhớ ra. Nếu là loại thuốc chia nhiều pha khác nhau, khi quên nhiều viên thuốc thì uống một lúc 2 viên gần đây nhất, sau đó uống viên kế tiếp vào thời điểm như bình thường. Cần sử dụng thêm một biện pháp tránh thai khác trong vòng 7 ngày sau đó.
 - Nên chọn khởi đầu với loại thuốc nhẹ nhất không gây rong huyết. Hàm lượng *estrogen* (*ethinyles-*

tradiol) không được vượt quá 20 – 35µg. Khi lượng *progestogen* trong thuốc quá thấp sẽ gây rong huyết. Tốt nhất là chọn một loại thuốc có hàm lượng thấp nhất nhưng đủ để không gây rong huyết.

- Những phụ nữ có các yếu tố nguy cơ mắc bệnh tĩnh mạch (bao gồm những phụ nữ có chỉ số trọng lượng cơ thể > 30, có dấu hiệu giãn tĩnh mạch, có các bệnh gây bất động cơ thể, có tiền sử gia đình có người bị huyết khối tĩnh mạch sâu) không nên dùng các thuốc *progestogen* thế hệ thứ ba (*desogestrel* hoặc *gestodene*) như *Femodene*, *Marvelon*, *Mercilon*, *Minulet*, *Triadene* và *Tri-Minulet* vì các thuốc này làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh huyết khối tĩnh mạch sâu.
- Những phụ nữ dưới 30 tuổi không có các yếu tố nguy cơ về bệnh động mạch nên dùng các loại thuốc có *levonorgestrel* hay *norethisterone*, chẳng hạn như *Microgynon 30*, *Loestrin 20* hoặc *30*, hay *Ovran 30*. Nếu có các yếu tố nguy cơ mắc bệnh động mạch hoặc cảm thấy khó chịu với các thuốc này, có thể chọn dùng các thuốc chứa *progestogen* thế hệ thứ ba.
- Đa số phụ nữ dễ thích hợp với các loại thuốc một pha hơn là loại thuốc ba pha vào giai đoạn đầu.
- Nếu sử dụng một trong các thuốc kháng sinh phổ

rộng, như *ampicillin*, *tetracyclin*, *griseofulvin*... sẽ làm thay đổi môi trường vi khuẩn trong ruột và làm giảm hấp thụ *estrogen*. Vì thế, cần áp dụng thêm một biện pháp tránh thai khác trong thời gian dùng kháng sinh và 7 ngày sau khi ngừng thuốc. Tuy nhiên, nếu điều trị dài hạn bằng kháng sinh, không cần các biện pháp tránh thai khác, vì vi khuẩn đường ruột sẽ phát triển tính kháng thuốc.

- Một số rối loạn tiêu hóa như nôn, tiêu chảy trầm trọng có thể làm giảm hấp thụ *hormon*. Vì thế, cần phải dùng thêm một biện pháp tránh thai khác trong những giai đoạn này và sau đó 7 ngày.
- Các tác nhân gây cảm ứng men gan như *phenytoin*, *carbamazepin*, *griseofulvin* và *phenobarbiton* làm gia tăng chuyển hóa, do đó loại cả *estrogen* và *progestogen* ra khỏi mật. Nếu phải dùng một trong các thuốc trên, cần khởi đầu với liều cao *estrogen* > 50µg và giảm thời gian nghỉ thuốc cuối chu kỳ xuống còn 4 ngày. Nếu vẫn xảy ra rong huyết, thử dùng mỗi ngày 2 viên chứa 30µg *estrogen*.
- Khi muốn đổi từ một loại thuốc này sang dùng một loại thuốc khác, nếu loại thuốc mới có cùng hàm lượng *estrogen* hoặc cao hơn loại thuốc cũ, chỉ bắt đầu uống lại sau 7 ngày ngừng thuốc. Ngược lại, nếu loại thuốc mới có hàm lượng *estrogen* thấp hơn loại thuốc cũ, có thể bắt đầu ngay.

- Nếu muốn làm chậm lại kỳ kinh nguyệt, chẳng hạn vào những ngày đi nghỉ, có thể bắt đầu đợt thuốc mới ngay, bỏ qua giai đoạn ngừng thuốc. Với các loại thuốc chia nhiều pha – trừ *Synphase* – uống cả những viên thuốc phụ thêm của pha cuối cùng trong vỉ thuốc mới. Như vậy sẽ làm chậm lại kỳ kinh một số ngày tương đương với số viên thuốc uống thêm trong pha cuối cùng của vỉ thuốc.
- Nếu muốn ngừng thuốc để có thai, tốt nhất là nên chuyển sang một biện pháp tránh thai khác trong vòng 3 tháng (không uống thuốc) và cho tới khi có ít nhất là một chu kỳ kinh nguyệt tự nhiên qua đi rồi mới có thai.

Ưu – nhược điểm

- Viên uống tránh thai kết hợp có ưu điểm lớn là hiệu quả tương đối cao và dễ sử dụng. Tỷ lệ thất bại trên lý thuyết là khoảng 0,1 – 3%, mặc dù có thể hơi cao hơn trên thực tế.
- Một số tác dụng phụ có thể xảy ra khi dùng thuốc là:
 - Thuốc có thể gây chảy máu âm đạo bất thường khi bắt đầu sử dụng. Tuy nhiên, vấn đề thường chỉ xảy ra trong khoảng 2 – 3 tháng đầu tiên mà thôi.
 - Có thể có cảm giác buồn nôn, nhạy cảm đau ở vú, tăng cân bất thường, căng thẳng tiền kinh

- nguyệt, phù toàn thân do giữ nước, trầm cảm, khí hư thứ phát do trầy xước cổ tử cung, đau đầu, giảm ham muốn tình dục, nám da...
- Ngoài ra, cần lưu ý một số nguy cơ khi đang dùng viên uống tránh thai kết hợp, chẳng hạn như:
 - Hút thuốc lá: Nếu hút mỗi ngày trên 15 điếu thuốc khi đang dùng thuốc, có thể làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh ở hệ tuần hoàn lên gấp 3 lần.
 - Nguy cơ mắc bệnh động mạch nói chung gia tăng gấp 3 lần. Tuy nhiên, thống kê cho thấy không có sự gia tăng đáng kể nguy cơ nhồi máu cơ tim ở người sử dụng thuốc, trừ khi có nghiện thuốc lá.
 - Cao huyết áp phát triển ở khoảng 5% số người dùng thuốc sau 5 năm.
 - Nguy cơ tử vong do nghẽn mạch khi dùng thuốc *progestogen* thế hệ thứ ba là khoảng 5 phần triệu. Tuy nhiên, để bù lại thì các loại thuốc này giúp giảm thấp nguy cơ xuất hiện những cơn đau tim hoặc nhồi máu cơ tim.
 - Có sự tăng nhẹ nguy cơ ung thư vú trong thời gian sử dụng viên uống tránh thai kết hợp và sau khi ngừng thuốc 10 năm. Nguy cơ tương đối thấp này có vẻ như không liên quan đến thời gian sử dụng thuốc. Một ưu điểm lớn hơn là việc dùng thuốc sẽ bảo vệ chống lại ung thư buồng trứng và ung thư nội mạc tử cung.

Một số vấn đề khi dùng thuốc

- Chảy máu âm đạo kéo dài: Chảy máu âm đạo bất thường xảy ra trong khoảng 2 – 3 tháng đầu tiên sử dụng thuốc là bình thường. Nhưng nếu kéo dài hơn, cần phải có sự lưu ý:
 - Kiểm tra để phát hiện tổn thương ở cổ tử cung.
 - Kiểm tra tương tác thuốc, có thể lượng hormon thực sự được hấp thụ là quá thấp.
 - Đổi sang dùng một loại thuốc có hàm lượng *progestogen* cao hơn, hoặc chuyển sang dùng một loại thuốc ba pha.
 - Nếu vẫn không có hiệu quả, đổi sang dùng một loại thuốc khác có cả hàm lượng *progestogen* và *estrogen* đều cao hơn.
- Không xuất hiện chảy máu âm đạo vào cuối chu kỳ dùng thuốc. Đây cũng là giai đoạn hành kinh bình thường. Khi dùng thuốc có *progesteron*, việc ngừng thuốc có tác dụng tạo ra hiện tượng chảy máu âm đạo sau đó, tương tự như khi hành kinh, được gọi là hiện tượng “*chảy máu thu hồi*”. Điều này được thấy rõ ở những phụ nữ mãn kinh khi dùng liệu pháp thay thế *hormon* (HRT). Trường hợp hoàn toàn không chảy máu âm đạo vào thời gian ngừng thuốc thực ra cũng không có hại, nhưng có thể điều chỉnh bằng việc đổi sang một loại thuốc khác có hàm lượng *progesteron* thấp hơn. Cần kiểm tra kỹ xem có phải là đã có thai hay không.

- Một số tác dụng phụ sau đây của thuốc có thể là do lượng *estrogen* quá cao và có thể giảm nhẹ bằng cách chuyển sang một loại thuốc khác có thành phần chính là *progestogen*, chẳng hạn như *Loestrin 30*, *Microgynon 30* hay *Eugynon 30*:
 - Buồn nôn
 - Chóng mặt
 - Căng thẳng tiền kinh nguyệt
 - Tăng cân theo chu kỳ
 - Phù nề do giữ nước trong cơ thể
 - Khí hư
- Một số tác dụng phụ sau đây của thuốc có thể là do lượng *progestogen* quá cao và có thể giảm nhẹ bằng cách chuyển sang một loại thuốc khác có thành phần chính là *estrogen*, chẳng hạn như *Brevinor*, *Mercilon*, *Trinordiol*, *Logynon*, *Marvelon* hay *Dianette*:
 - Khô âm đạo
 - Tăng cân đều đặn
 - Trâm cảm
 - Mất ham muốn tình dục
 - Mệt mỏi
 - Nhảy cảm đau ở vú
 - Mụn trứng cá
 - Rậm lông

VIÊN UỐNG TRÁNH THAI ĐƠN THUẦN

Là loại viên uống tránh thai chỉ chứa duy nhất một loại *hormon* là *progestogen*. Tác dụng tránh thai tương tự như loại viên kết hợp, nhưng thích hợp hơn với một số đối tượng không dùng được loại viên kết hợp, chẳng hạn như:

- Phụ nữ đã lớn tuổi, nhất là phụ nữ trên 35 tuổi nghiện thuốc lá. (Chống chỉ định với viên kết hợp.) Đối với phụ nữ trên 40 tuổi, viên đơn thuần chứa *progestogen* cũng có tác dụng tương đương như viên kết hợp, nhưng có thể làm giảm bớt căng thẳng tiền kinh nguyệt và các triệu chứng mãn kinh.
- Phụ nữ đang cho con bú.
- Những phụ nữ chống chỉ định với viên kết hợp do bị cao huyết áp, tiểu đường, đau đầu *migraine*, bệnh huyết khối tĩnh mạch hoặc nghẽn mạch.
- Những phụ nữ cảm thấy khó chịu do các tác dụng phụ của *estrogen* trong viên kết hợp, chẳng hạn như phù nề do ứ nước, tăng cân theo chu kỳ, đau đầu, nám da.
- Những phụ nữ đang chuẩn bị để được phẫu thuật lớn.

Chống chỉ định

Không dùng viên tránh thai đơn thuần cho các đối tượng sau đây:

- Có tiền sử hoặc đang mắc phải các bệnh động mạch nghiêm trọng, hoặc có nguy cơ cao đối với các bệnh này.
- Tiền sử có thai ngoài tử cung.
- Bị chữa trứng trong thời gian gần đây.

Cách dùng

- Nếu bắt đầu dùng thuốc từ ngày đầu tiên của chu kỳ kinh nguyệt, không cần thêm bất cứ biện pháp tránh thai nào khác.
- Nếu bắt đầu dùng thuốc vào giữa chu kỳ kinh nguyệt, nên áp dụng thêm một biện pháp tránh thai khác trong vòng 7 ngày đầu tiên.
- Nếu đang dùng viên tránh thai kết hợp chuyển sang dùng viên đơn thuần, có thể dùng thuốc liên tục không cần thời gian gián đoạn, và không cần thêm bất cứ biện pháp tránh thai nào khác vào lúc mới đổi thuốc.
- Dùng thuốc đều đặn mỗi ngày một viên vào cùng một thời điểm, có thể xê dịch trong khoảng 2 – 3 giờ. Thuốc có hiệu quả cao nhất 5 giờ sau khi uống, vì thế nên chọn giờ uống thuốc phù hợp với thói quen giao hợp.
- Nếu lỡ quên 1 viên thuốc, uống ngay vào lúc vừa nhớ ra, và uống viên kế tiếp vào thời điểm như

bình thường. Nếu thời gian quên thuốc đã trễ quá 3 giờ, có thể ảnh hưởng đến khả năng tránh thai, cần áp dụng thêm một biện pháp tránh thai khác trong vòng 7 ngày sau đó. Nếu có giao hợp sau khi quên dùng thuốc quá 3 giờ, cần áp dụng các biện pháp tránh thai sau giao hợp.

- Nếu bị nôn, tiêu chảy trầm trọng trong thời gian dùng thuốc, vẫn tiếp tục dùng thuốc. Cần phải áp dụng thêm một biện pháp tránh thai khác trong thời gian bệnh và sau đó 7 ngày.
- Việc dùng thuốc kháng sinh không gây ảnh hưởng gì đến viên tránh thai đơn thuần.

Ưu – nhược điểm

- Viên uống tránh thai đơn thuần có những ưu điểm giống như viên kết hợp, đó là dễ sử dụng và có hiệu quả tránh thai cao nếu được sử dụng đúng cách. Tỷ lệ thất bại trên lý thuyết là khoảng 0,3 – 4%, mặc dù trong thực tế có thể hơi cao hơn. Do đó, viên uống tránh thai đơn thuần là khả năng thay thế thích hợp để chọn dùng trong các trường hợp không thể dùng viên tránh thai kết hợp.
- Hoàn toàn không có chứng cứ nào về việc thuốc này làm gia tăng nguy cơ bị huyết khối.
- Một số tác dụng phụ có thể có khi dùng thuốc là:

- Chảy máu âm đạo bất thường. Đa số phụ nữ dùng thuốc có một chu kỳ chảy máu vào khoảng từ ngày thứ 25 đến 35 sau khi dùng thuốc, nhưng lượng máu thường không nhiều. Một số trường hợp khác có thể xảy ra vô kinh.
- Buồn nôn.
- Nhạy cảm đau ở vú, thường chỉ có trong khoảng 2 – 3 tháng bắt đầu dùng thuốc.

CÁC DẠNG THUỐC TIÊM VÀ CẤY DƯỚI DA

Thuốc tiêm bắp thịt

Thuốc tiêm chứa *progestogen* cũng có tác dụng ức chế rụng trứng. Chống chỉ định đối với thuốc tiêm cũng tương tự như với loại viên uống đơn thuần chứa *progestogen*.

Ưu điểm của thuốc tiêm là có tác dụng kéo dài, thường từ 2 – 3 tháng mới lặp lại một mũi tiêm. Do đó, thuốc tiêm đặc biệt thích hợp với những người hay quên thuốc, cũng như với những người không thích hợp với các biện pháp tránh thai khác. Hiệu quả tránh thai đặc biệt cao, với tỷ lệ thất bại tối đa chỉ vào khoảng 2%.

Nhược điểm của dạng thuốc tiêm là do tác dụng kéo dài nên không thể thay đổi tác dụng tránh thai trong vòng 2 – 3 tháng sau khi đã tiêm thuốc. Thuốc gây ra tác dụng phụ sớm sau khi tiêm nên thời gian chịu đựng các tác dụng phụ cũng kéo dài hơn.

Các tác dụng phụ thường gặp là:

- Chảy máu âm đạo bất thường.
- Mất kinh.
- Khả năng có thai trở lại sau khi ngừng thuốc thường rất trễ, có khi kéo dài đến một năm.
- Tăng cân.

Loại thuốc thường dùng là *Dépo-Provéra*, mỗi lần tiêm một mũi 3 ml (có chứa 150mg *médroxyprogestérone acetate*, tiêm bắp thịt sâu, không được tiêm tĩnh mạch), 3 tháng tiêm một lần. Mũi tiêm đầu tiên phải được thực hiện trước ngày thứ 5 của chu kỳ kinh nguyệt mới có hiệu quả ngừa thai ngay.

Thuốc cấy dưới da

Thuốc được bào chế thành dạng miếng cấy dưới da, chứa *progestogen* để giải phóng dần dần vào máu. Miếng cấy thường được cấy dưới da ở mặt gấp của cánh tay và được thay thế 5 năm một lần. Thuốc bắt đầu có tác dụng tránh thai khoảng 24 giờ sau khi cấy. Cần thận không dùng cho người đã có thai.

Do tác dụng tránh thai cao và kéo dài, biện pháp này vẫn thường được xem như một hình thức “*triệt sản có thể thay đổi*”. Để ngừng tác dụng tránh thai, chỉ cần lấy miếng cấy ra khỏi da.

Tác dụng phụ của thuốc cũng tương đương như khi dùng viên tránh thai đơn thuần. Chảy máu âm đạo bất thường và kéo dài thường là nguyên nhân chính dẫn đến việc phải lấy miếng cấy ra ở một số người.

TRÁNH THAI SAU GIAO HỢP

Các biện pháp tránh thai sau giao hợp là các biện pháp cần sử dụng trong những trường hợp để ngăn ngừa việc có thai ngoài ý muốn sau khi đã thực hiện việc giao hợp trong một điều kiện thiếu an toàn, không dùng các biện pháp tránh thai hoặc vào thời điểm mà biện pháp tránh thai đang dùng không đảm bảo tác dụng. Hiện có 2 biện pháp tránh thai sau giao hợp thường được sử dụng là sử dụng *hormon* và sử dụng dụng cụ tránh thai đặt trong tử cung.

Sử dụng hormon

Dạng viên uống chứa *hormon* với liều lượng thích hợp, được dùng trong vòng 72 giờ sau khi giao hợp, có tác dụng ngăn không cho trứng làm tổ. Thuốc không thể đạt hiệu quả 100% (tỷ lệ thất bại khoảng 1 – 2%) nên sau đó một tháng cần thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán để xác định việc có thai hay không.

Các tác dụng phụ có thể có là:

- Buồn nôn. Nếu có nôn trong vòng 2 giờ sau khi uống thuốc, có thể thuốc uống vào không đảm bảo tác dụng, cần dùng thêm một liều khác.
- Chảy máu âm đạo có thể xảy ra khoảng vài ba ngày sau khi uống liều thuốc thứ hai, và kỳ kinh nguyệt kế tiếp có thể sẽ chậm lại vài ba ngày.

- Trong trường hợp có thai, việc dùng thuốc này chưa được chứng minh là không ảnh hưởng xấu đến thai nhi.

Để đạt hiệu quả tránh thai sau giao hợp, sử dụng ngay 2 viên thuốc có chứa 250µg *levonorgestrel* và 50µg *ethinyl-estradiol*, chẳng hạn như *Schering PC4* hay *Ovran 50*. Sau đó 12 giờ, uống tiếp 2 viên nữa.

Trong các trường hợp bị chống chỉ định tuyệt đối với *estrogen*, có thể dùng 0,6mg *levonorgestrel* trong vòng 12 giờ sau khi giao hợp, tương đương với một liều 20 viên *Microval* (mỗi viên chứa 0,03mg *levonorgestrel*).

Dùng dụng cụ tránh thai đặt trong tử cung

Dụng cụ tránh thai đặt trong tử cung (hay vòng tránh thai) có thể có tác dụng tránh thai sau giao hợp nếu được dùng trong vòng 5 ngày sau khi giao hợp. Mặc dù có một số chống chỉ định đối với phương pháp này như sẽ đề cập ở phần kế tiếp, nhưng nếu được dùng với mục đích tránh thai sau giao hợp, một vài trường hợp chống chỉ định vẫn có thể được áp dụng như:

- Phụ nữ có tiền sử thai ngoài tử cung.
- Phụ nữ chưa từng sinh con.
- Phụ nữ bị viêm vùng chậu trong thời gian gần đây (với điều kiện đang được điều trị bằng kháng sinh).

Cần chú ý là các trường hợp trên thuộc về những đối tượng chống chỉ định nếu dùng vòng tránh thai như một biện pháp tránh thai lâu dài.

Nếu được đặt vào tử cung trong vòng 5 ngày sau khi giao hợp, biện pháp này đạt hiệu quả tránh thai 100%. Vòng tránh thai được lấy ra sau kỳ kinh nguyệt kế tiếp.

DỤNG CỤ TRÁNH THAI ĐẶT TRONG TỬ CUNG

Là một dụng cụ bằng chất dẻo đơn thuần hoặc thường hơn là bằng chất liệu đồng, có *hormon* tránh thai, hoặc cũng có thể bằng thép không gỉ, có các sợi nhựa dẻo dính vào để khi đặt trong tử cung thì các sợi này thò ra âm đạo, được đặt vào trong tử cung với mục đích tránh thai, nên thông thường được gọi là *vòng tránh thai*. Vòng tránh thai có tác dụng làm thay đổi lớp nội mạc tử cung, để không còn thích hợp cho trứng làm tổ. Một vài loại vòng tránh thai đặc biệt còn được chế tạo để có thể tiết ra *progesteron*.

Vòng tránh thai thường được đặt vào tử cung vào ngày thứ 4, thứ 5 của chu kỳ kinh nguyệt. Mặc dù cũng có thể đặt vòng tránh thai vào những ngày khác trước khi rụng trứng (ngày thứ 14), nhưng người ta thường chọn đặt sớm hơn.

Chống chỉ định

- Phụ nữ có chảy máu âm đạo bất thường chưa rõ nguyên nhân.

Cẩm nang y khoa thực hành

- Có thai hoặc nghi ngờ có thai.
- Bệnh viêm vùng chậu trong vòng 6 tháng gần đây.
- Tiền sử có thai ngoài tử cung.
- Phụ nữ chưa từng sinh con.
- Phụ nữ bị rong kinh (chảy máu âm đạo quá nhiều khi hành kinh) hoặc thống kinh (đau nhiều khi hành kinh).
- Có ung thư đường sinh dục hoặc có dấu hiệu nghi ngờ ung thư.
- Tử cung có dấu hiệu bất thường.
- Phụ nữ mắc các bệnh lây qua đường tình dục.
- Phụ nữ có quan hệ tình dục với nhiều người.

Cách dùng

- Vòng tránh thai có thể đặt vào tử cung trong những ngày cuối kỳ kinh hoặc ngay khi bắt đầu chu kỳ kinh nguyệt mới, để đảm bảo loại trừ khả năng có thai. Để thuận tiện, người ta thường đặt vòng tránh thai vào ngày thứ 4 hoặc thứ 5 của chu kỳ kinh nguyệt.
- Ngay sau khi đặt dụng cụ tránh thai trong tử cung, cần phải tránh giao hợp trong vòng 48 giờ sau đó.
- Trong khoảng 6 tuần sau khi đặt vòng tránh thai, vẫn phải áp dụng thêm một biện pháp tránh thai

Các biện pháp tránh thai

- khác để đảm bảo an toàn, vì hiệu quả tránh thai chưa được phát huy trong thời gian này.
- Vòng tránh thai thường có các sợi nhựa dẻo nhỏ ra âm đạo qua cổ tử cung, để giúp người sử dụng có thể kiểm tra và đảm bảo là vòng đang nằm đúng vị trí. Sau khi đặt vòng vào tử cung, người sử dụng phải tự kiểm tra hàng tuần trong vòng 6 tuần, và sau đó phải kiểm tra hàng tháng, tốt nhất là vào thời điểm cuối mỗi kỳ kinh nguyệt.
 - Nếu khi kiểm tra không thấy sợi nhựa dẻo, có thể vòng tránh thai đã đi sâu vào tử cung, hoặc đã gây thủng tử cung. Cần thực hiện các chỉ dẫn sau:
 - Khám thai để loại trừ khả năng có thai.
 - Nếu không có thai, áp dụng ngay một biện pháp ngừa thai tạm thời khác.
 - Đến khám chuyên khoa ngay để được xử lý thích hợp.
 - Vòng tránh thai có hiệu quả kéo dài nhiều năm. Người sử dụng cần biết rõ kỳ hạn của loại vòng đang sử dụng để thay thế đúng lúc. Có loại được dùng trong 3 – 5 năm, có loại đến 10 năm. Ngoài ra, nếu không có nguyên nhân thực sự cần thiết, không nên thay đổi vòng.
 - Do tác dụng phụ làm tăng sự chảy máu kinh nguyệt, nên sau khi sử dụng vòng tránh thai một thời gian

nên được chẩn đoán xét nghiệm để đảm bảo không bị thiếu máu.

- Nếu muốn lấy vòng tránh thai ra không dùng nữa, tốt nhất là nên lấy ra vào thời điểm đang hành kinh.
- Nếu cần lấy vòng tránh thai ra vào khoảng giữa chu kỳ kinh nguyệt, nên áp dụng một biện pháp tránh thai nào đó trong khoảng thời gian 7 ngày trước khi lấy vòng tránh thai ra.
- Nếu ngừng sử dụng vòng tránh thai với mục đích chuẩn bị có thai, nên có thời gian chờ ít nhất là 1 tháng sau khi đã lấy vòng tránh thai ra. Điều này nhằm giúp cho lớp nội mạc tử cung có đủ thời gian tái tạo để trở lại trạng thái bình thường như trước.
- Phụ nữ đã mãn kinh sau một năm, nếu có sử dụng vòng tránh thai cần phải lấy ra.

Ưu – nhược điểm

- Dụng cụ tránh thai đặt trong tử cung chỉ thực hiện một lần (thường do nhân viên y tế thực hiện) nhưng có tác dụng tránh thai lâu dài, hiệu quả tránh thai cao, rất thích hợp với những đối tượng muốn tránh thai dài hạn. Tỷ lệ thất bại vào khoảng 0,3 – 2%.
- Các tác dụng phụ có thể trở nên nghiêm trọng ở một số người dùng, đặc biệt là đau bụng khi có

kinh và chảy máu âm đạo quá nhiều trong thời gian hành kinh. Mặc dù các tác dụng phụ này thường chỉ xuất hiện trong khoảng 3 tháng đầu tiên sau khi đặt vòng tránh thai, nhưng cũng có một số người không chịu đựng được.

- Nguy cơ lớn nhất khi sử dụng vòng tránh thai là một số lớn các trường hợp phụ nữ có thai sau khi đặt vòng tránh thai đều là thai ngoài tử cung.

Một số vấn đề khi đặt vòng tránh thai

- Sau khi đặt vòng tránh thai, có thể có những cơn đau quặn ruột trong vòng 2 – 3 ngày.
- Hiện tượng rỉ máu âm đạo bất thường tạo thành những vết máu nhỏ có thể xảy ra vào nhiều thời điểm trong chu kỳ kinh nguyệt đầu tiên sau khi đặt vòng tránh thai.
- Chảy máu âm đạo vào kỳ kinh nguyệt có thể nhiều hơn và kéo dài hơn.
- Các chất dịch tiết thông thường ở âm đạo cũng có thể nhiều hơn.
- Khi có rối loạn kinh nguyệt kèm theo đau vùng chậu, cần chẩn đoán ngay để loại trừ khả năng có thai ngoài tử cung.
- Nếu xảy ra trường hợp vòng tránh thai đi sâu vào tử cung hoặc gây thủng tử cung, cần xử lý kịp thời. Trước hết dùng kẹp *Spencer* đưa vào ống cổ tử cung

để tìm sợi nhựa dẻo. Nếu không thành công, có thể cần phải siêu âm. Tùy theo vị trí được tìm thấy, cần tìm cách nhẹ nhàng lấy ra càng sớm càng tốt để giảm nguy cơ nhiễm trùng tử cung.

- Trường hợp có thai sau khi đặt vòng tránh thai, cần đến bác sĩ chuyên khoa để lấy vòng tránh thai ra ngay càng sớm càng tốt và tiếp tục theo dõi. Nếu không thể lấy vòng ra bằng cách kéo các sợi nhựa dẻo, nên để nguyên ở vị trí hiện tại. Trong trường hợp này, sẽ có nguy cơ sẩy thai (khoảng 25%), nhiễm trùng tử cung hoặc sinh thiếu tháng. Nếu tuổi thai > 12 tuần, đề nghị bệnh nhân đến khám ngay với bác sĩ sản khoa.

BAO CAO SU

Bao cao su là một trong những biện pháp tránh thai có hình thức đơn giản nhất nhưng có thể mang lại hiệu quả tránh thai hầu như cao nhất, với điều kiện được sử dụng đúng cách. Bao cao su còn là biện pháp tránh thai duy nhất áp dụng cho nam giới có tác dụng bảo vệ người sử dụng một cách hiệu quả chống lại các bệnh lây qua đường tình dục, kể cả HIV/AIDS. Biện pháp này có thể được sử dụng bởi bất cứ ai và bất cứ lúc nào, hoàn toàn không có yêu cầu chống chỉ định như hầu hết các biện pháp tránh thai khác.

Bao cao su được làm bằng nhựa dẻo hoặc cao su *latex*, rất mỏng và có độ dài khoảng 17cm, được bôi trơn để dễ

sử dụng. Hầu hết các sản phẩm bao cao su ngày nay đều được phủ một lớp chất diệt tinh trùng để gia tăng tác dụng tránh thai.

Cách dùng

- Bao cao su được sản xuất và cho vào hộp chứa có hình dạng như một mũ chụp nhỏ, với một viền tròn quanh miệng bao. Chỉ lấy bao cao su ra khỏi hộp ngay trước lúc sử dụng.
- Chụp bao cao su vào đầu dương vật vào lúc dương vật đã cương cứng, đường viền tròn quay ra bên ngoài. Cần thực hiện việc này trước khi đưa dương vật vào âm đạo. Một số người cho rằng chỉ cần dùng đến bao cao su vào giai đoạn sắp xuất tinh, và đây chính là nguyên nhân dẫn đến thất bại, vì một phần tinh dịch có thể được giải phóng từ rất sớm.
- Kéo nhẹ đường viền tròn từ ngoài đầu dương vật về hướng trong, bao cao su cuộn tròn sẽ được xoắn dài ra ôm chặt quanh dương vật. Kéo sát đường viền quanh miệng bao cho đến cuối dương vật để đảm bảo tinh dịch không bị trào ra và chảy vào âm đạo.
- Dùng 2 ngón tay bóp nhẹ vào núm nhỏ ở đầu bao cao su để đẩy hết không khí ra, cẩn thận không làm rách bao. Đây là chỗ sẽ chứa tinh dịch, nên nếu không khí không được đẩy ra hết, khi xuất tinh có thể làm cho bao cao su quá căng dẫn đến vỡ bao.

Cẩm nang y khoa thực hành

- Sau khi xuất tinh, rút dương vật ra ngay vào lúc vẫn còn đang cương. Dùng tay giữ nơi đường viền quanh miệng bao và rút ra từ từ để đảm bảo tinh dịch không tràn chảy ra từ nơi đây.
- Sau khi đã lấy bao cao su ra, tuyệt đối không để dương vật chạm vào âm hộ.
- Bao cao su chỉ dùng duy nhất một lần rồi bỏ. Nếu xem đây là biện pháp tránh thai chủ yếu thì phải áp dụng cho tất cả các lần giao hợp.

Ưu – nhược điểm

- Nếu sử dụng thận trọng và đúng cách thức, tỷ lệ an toàn của bao cao su gần như là tuyệt đối. Các trường hợp thất bại thường chỉ là do người sử dụng sơ sót làm rơi vãi tinh trùng, hoặc không tuân thủ đúng các bước quy định. Trong thực tế, người ta ước tính tỷ lệ thất bại này là khoảng dưới 1%.
- Nhược điểm chính của bao cao su đối với một số người là làm mất hoặc giảm khoái cảm khi giao hợp. Mặc dù một số người khác vẫn đạt được khoái cảm như bình thường.

MÀNG NGĂN ÂM ĐẠO

Là một dụng cụ nhỏ bằng cao su, mỏng, có hình bán cầu, viền ngoài là một vòng kim loại, được đặt chéo vào bên trong âm đạo, một bờ của màng chắn nằm phía dưới cổ tử cung, bờ đối diện tựa lên bờ xương mu. Màng ngăn

Các biện pháp tránh thai

âm đạo có nhiều kích thước khác nhau để thích hợp với cơ thể từng người. Cần phải chọn loại màng ngăn có kích thước vừa vặn nhất. Màng ngăn âm đạo luôn được dùng phối hợp với thuốc diệt tinh trùng, được đặt vào trước mỗi lần giao hợp và lấy ra sau đó. Màng ngăn được sử dụng nhiều lần trong vòng 1 – 2 năm tùy theo loại, sau đó thay mới.

Cách dùng

- Sau khi được hướng dẫn, người phụ nữ có thể tự mình đưa màng ngăn vào âm đạo. Vì công việc đặt vào và lấy ra phải thực hiện thường xuyên mỗi lần giao hợp, nên khuyến khích người phụ nữ biết tự đưa vào và lấy ra tại nhà. Cần chọn loại màng ngăn có kích thước vừa vặn, thích hợp với mỗi người.
- Có thể đưa màng ngăn âm đạo vào bất cứ lúc nào trong vòng 6 giờ trước khi giao hợp, nhưng thuốc diệt tinh trùng phải được đưa vào âm đạo ít nhất là 2 giờ trước khi giao hợp và sau khi đã đưa màng ngăn vào âm đạo. Cần tiểu tiện và rửa tay thật sạch trước khi đưa màng ngăn vào âm đạo. Có thể kết hợp bôi thuốc diệt tinh trùng vào màng ngăn trước khi đưa vào.
- Sau khi giao hợp, để màng ngăn nằm yên trong âm đạo ít nhất là 6 giờ. Sau đó lấy màng ngăn ra, không được để lâu quá 24 giờ.

- Trong trường hợp có giao hợp tiếp trong vòng 6 giờ, không cần lấy màng ngăn ra nhưng phải cho thêm thuốc diệt tinh trùng vào (ít nhất là 2 giờ trước khi giao hợp).
- Trong khi sử dụng phải thường xuyên kiểm tra xem màng ngăn có bị thủng hay không, nhất là những màng ngăn được sử dụng từ 1 năm trở lên..
- Trong thời gian sử dụng màng ngăn, nếu tăng cân hoặc sụt cân quá 3kg, cần thay một loại màng ngăn khác có kích thước phù hợp hơn.
- Thay màng ngăn mới đúng theo kỳ hạn của loại màng ngăn được quy định bởi nhà sản xuất, thường là từ 1 – 2 năm.
- Trong thời gian mới bắt đầu sử dụng màng ngăn âm đạo, nên áp dụng thêm một biện pháp tránh thai khác cho đến khi việc kiểm tra xác định được tính phù hợp và hiệu quả của biện pháp này.

Ưu – nhược điểm

- Màng ngăn âm đạo chỉ có hiệu quả tránh thai tương đối, do đó nhất thiết phải dùng kết hợp với thuốc diệt tinh trùng. Tỷ lệ thất bại thường vào khoảng 4%.
- Không có các tác dụng phụ đáng kể. Tuy nhiên, người mới sử dụng lần đầu tiên cần được theo dõi

- kiểm tra các vấn đề sức khỏe chung trong khoảng 10 ngày sau khi bắt đầu sử dụng, và sau đó là kiểm tra sức khỏe hàng năm.
- Người sử dụng phải thường xuyên thực hiện việc đặt vào, lấy ra, và phải chú ý kiểm tra vị trí của màng ngăn sau mỗi lần đặt vào.

THUỐC DIỆT TINH TRÙNG

Thuốc diệt tinh trùng có thể ở dạng thuốc xịt, dạng kem, dạng thạch hay viên đặt âm đạo, thường chứa hoạt chất chính là *nonoxynol-9* với tác dụng tiêu diệt tinh trùng, ngăn ngừa sự thụ thai.

Thuốc diệt tinh trùng khi được dùng như một biện pháp tránh thai duy nhất có hiệu quả tránh thai rất thấp, chỉ khoảng hơn 70%. Đó là các loại thuốc viên đặt âm đạo hoặc dạng chất lỏng được đưa vào âm đạo bằng một dụng cụ giống như ống tiêm. Dù là thuốc viên hay chất lỏng, vị trí của thuốc khi đưa vào âm đạo càng gần cổ tử cung càng tốt. Nên đưa thuốc vào âm đạo trước khi giao hợp trong thời gian không quá 20 phút. Nếu có những lần giao hợp tiếp tục sau đó nữa, cần phải dùng thêm thuốc. Chỉ nên rửa sạch thuốc sau khi giao hợp ít nhất là 6 – 8 giờ.

Cách dùng phổ biến hơn của thuốc diệt tinh trùng là kết hợp với nhiều biện pháp tránh thai khác, vì nó giúp tăng thêm hiệu quả tránh thai của biện pháp đã chọn.

Thuốc diệt tinh trùng được kết hợp với các biện pháp sử dụng bao cao su, mũ chụp cổ tử cung, màng ngăn âm đạo...

CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI TỰ NHIÊN

KHÁI NIỆM CHUNG

Các biện pháp tránh thai tự nhiên là các biện pháp nhằm đạt được hiệu quả tránh thai nhưng không sử dụng bất kỳ loại thuốc hay dụng cụ nào, chỉ dựa vào những quy luật tự nhiên được nắm bắt rõ và vận dụng vào việc thay đổi thời điểm giao hợp hay phương thức giao hợp.

Ưu điểm chung của các biện pháp này là do không dùng thuốc cũng như không đưa bất kỳ dị vật nào vào cơ thể nên không có vấn đề chống chỉ định hoặc các phản ứng phụ liên quan đến sức khỏe và đời sống.

Nhược điểm chính của các biện pháp này là do dựa trên những quy luật tự nhiên, nên người sử dụng phải hiểu thật vững và vận dụng chính xác, phù hợp với hoàn cảnh của mình thì mới có thể đạt hiệu quả tránh thai cao. Trong thực tế, đối với đa số người có nhu cầu tránh thai thì những biện pháp này rất khó thực hiện đúng yêu cầu, và do đó tỷ lệ thất bại là khá cao, có thể lên đến 10%. Tuy nhiên, nếu chúng ta biết rằng một quốc gia tiên tiến như Nhật Bản vẫn ưa chuộng dùng chủ yếu là các biện pháp tránh thai tự nhiên cùng với bao cao su, thì việc tìm hiểu kỹ về các biện pháp tránh thai tự nhiên có lẽ không phải là điều không cần thiết.

PHƯƠNG PHÁP TÍNH VÒNG KINH

Cơ sở của quy luật

- Chu kỳ kinh nguyệt của người phụ nữ liên quan chặt chẽ đến khả năng thụ thai. Nói cách khác, chính chu kỳ kinh nguyệt của người phụ nữ điều khiển và quyết định những thời điểm mà người phụ nữ có thể thụ thai.
- Khi hàm lượng *estrogen* trong cơ thể người phụ nữ gia tăng, lớp nội mạc tử cung dày lên, chuẩn bị điều kiện để có thể đón trứng đã thụ tinh từ vòi trứng xuống làm tổ. Giai đoạn này được gọi là *giai đoạn tăng sinh*, có thời gian khoảng 14 ngày, nhưng thường thay đổi tùy theo chu kỳ kinh nguyệt dài hay ngắn ở mỗi người.
- Vào giữa chu kỳ kinh nguyệt, trứng trưởng thành hoàn toàn (trứng chín) và rụng, hàm lượng *progesteron* gia tăng, làm cho các tế bào nội mạc tử cung phình to và giữ nước, tạo điều kiện dễ dàng để trứng đã thụ tinh có thể bám vào làm tổ. Ngoài ra, khi trứng rụng, chất nhầy ở cổ tử cung từ dạng sền sệt bắt đầu trở nên loãng, dai và nhớt, tạo điều kiện dễ dàng cho tinh trùng đi qua và di chuyển vào tử cung để lên vòi trứng. Giai đoạn tiếp theo này được gọi là *giai đoạn chế tiết*, thường có thời gian ổn định là 14 ngày.

- Sau thời kỳ trứng rụng, nếu không có trứng thụ tinh, nghĩa là không xảy ra thụ thai, khả năng sản xuất *estrogen* và *progesteron* tại buồng trứng sẽ giảm thấp. Các tế bào sừng nước của nội mạc tử cung không cần thiết nữa, tự động bong tróc ra. Tử cung co bóp đẩy các mảnh nội mạc và máu xuống âm đạo, bắt đầu giai đoạn hành kinh với một lượng máu kinh nguyệt và các mảnh nội mạc được đưa ra theo đường âm đạo. Trong trường hợp có xảy ra thụ thai, trứng đã thụ tinh sẽ đến bám vào nội mạc tử cung và làm tổ, hiện tượng kinh nguyệt mất đi như dấu hiệu đầu tiên của việc mang thai.
- Sau khi trứng rụng, thân nhiệt người phụ nữ tăng cao hơn bình thường khoảng $0,3 - 0,5^{\circ}\text{C}$ và duy trì sự gia tăng này cho đến khi bắt đầu chu kỳ kinh nguyệt kế tiếp. Khi giai đoạn hành kinh vừa chấm dứt (sạch kinh), cổ tử cung giảm tiết chất nhầy và người phụ nữ cảm thấy âm đạo khô. Sau đó, chất nhầy dần dần xuất hiện ở dạng sền sệt, tạo cảm giác ẩm ướt ở âm đạo.
- Toàn bộ chu kỳ kéo dài trung bình khoảng 28 ngày, có thể ngắn hơn ở một số người và dài hơn ở một số người khác, có thể dao động trong khoảng 24 – 35 ngày. Chu kỳ kinh nguyệt dù ngắn hay dài nhưng luôn duy trì được tính ổn định, đều đặn là dấu hiệu của một sức khỏe tốt. Khi có các bệnh gây rối loạn kinh nguyệt thì chu kỳ này sẽ thay đổi thất thường, không còn đều đặn nữa.

- Mỗi chu kỳ kinh nguyệt được tính khởi đầu (ngày thứ nhất) từ ngày bắt đầu hành kinh, kéo dài cho đến ngày cuối cùng trước ngày hành kinh đầu tiên của chu kỳ kế tiếp.

Vận dụng trong việc tránh thai

1. Phương pháp tính ngày

- Dựa vào chu kỳ kinh nguyệt, ngày rụng trứng được tính toán là vào ngày thứ 14 trước khi bắt đầu chu kỳ kinh nguyệt mới. Tuy nhiên, để sự tính toán này được chính xác, yêu cầu quan trọng là người phụ nữ phải có kinh nguyệt đều hòa, ổn định.
- Tình trùng sau khi xuất tinh có khả năng sống trong cơ thể người phụ nữ từ 4 – 6 ngày, trứng sau khi rụng có thể tiếp tục sống từ 1 – 2 ngày, nên sự giao hợp vào khoảng 6 ngày trước khi trứng rụng và 2 ngày sau khi trứng rụng cũng có khả năng thụ thai. Thời gian trứng rụng có thể dao động trong khoảng 2 – 3 ngày. Như vậy, thời gian có thể thụ thai được tính toán là khoảng 11 ngày, kéo dài từ trước khi trứng rụng 6 ngày và sau khi trứng rụng 2 ngày.
- Tuy nhiên, chu kỳ kinh nguyệt của người phụ nữ thường có sự dao động mỗi tháng, nên ngày khởi đầu mỗi kỳ kinh có thể sớm hơn hoặc muộn hơn, mỗi kỳ kinh có thể dài hơn hoặc ngắn hơn. Để đảm bảo tính an toàn, người sử dụng phương pháp tính

ngày phải ghi chép lại ít nhất là 6 chu kỳ kinh nguyệt liên tục, qua đó xác định chu kỳ kinh dài nhất và chu kỳ kinh ngắn nhất. Giả sử mức độ chênh lệch giữa 2 chu kỳ này là 5 ngày, thời gian có thể thụ thai sẽ được tính toán là: $11 + 5 = 16$ ngày.

Theo sự tính toán trên, những ngày có khả năng thụ thai sẽ là những ngày phải tránh giao hợp. Thực tế cho thấy là mức độ hiệu quả của phương pháp tính ngày rất hạn chế, vì tính chất phức tạp và những ngày “*kiêng cử*” kéo dài. Hơn nữa, theo bản năng tự nhiên thì những ngày “*kiêng cử*” này lại là những ngày mà người phụ nữ gia tăng sự ham muốn tình dục nên rất khó kiềm chế. Vì thế, người ta lấy phương pháp này làm cơ sở và áp dụng thêm một số phương pháp khác nữa để tìm ra một cách chính xác hơn những ngày “*giao hợp an toàn*”.

2. Phương pháp theo dõi nhiệt độ cơ thể

- Dựa vào sự tăng thân nhiệt từ 0,3 – 0,5°C sau khi rụng trứng, phương pháp này xác định sau khi nhiệt độ đã tăng ổn định được 3 ngày thì giao hợp bắt đầu an toàn. Tuy nhiên, có nhiều lý do khác cũng có thể làm cho thân nhiệt tăng, vì thế vẫn phải lấy phương pháp tính ngày ở trên làm nền tảng, xác định tương đối giai đoạn rụng trứng, sau đó mới sử dụng kết quả theo dõi nhiệt độ cơ thể để xác định chính xác hơn ngày rụng trứng.
- Theo phương pháp này, khi xác định thân nhiệt tăng ổn định được 3 ngày liên tục thì có thể bắt đầu giai

đoạn giao hợp an toàn, kéo dài cho đến khi bắt đầu kỳ kinh kế tiếp.

3. Phương pháp theo dõi chất nhầy cổ tử cung

- Dựa vào tính chất thay đổi của dịch nhầy cổ tử cung, phương pháp này xác định 3 giai đoạn trong chu kỳ kinh nguyệt của người phụ nữ:
 - *Giai đoạn khô*: Là khoảng vài ba ngày sau khi sạch kinh, hàm lượng *estrogen* giảm mạnh làm cho cổ tử cung tiết ra rất ít dịch nhầy, người phụ nữ có cảm giác khô âm đạo rất rõ rệt.
 - *Giai đoạn ướt*: Là thời gian gần lúc rụng trứng, khi lượng *estrogen* ngày càng được gia tăng, làm cho dịch nhầy ở cổ tử cung tiết ra ngày càng nhiều hơn. Người phụ nữ có cảm giác ẩm ướt trong âm đạo. Lượng dịch nhầy tiếp tục gia tăng và ngày càng loãng hơn, cho đến thời điểm rụng trứng thì dịch nhầy trở nên loãng, nhớt và rất dai. Một giọt chất nhầy vào thời điểm này nếu đặt giữa hai ngón tay rồi nhẹ nhàng kéo dài ra sẽ có khả năng tạo thành một sợi dài khoảng 8 – 12cm.
 - *Giai đoạn sau rụng trứng*: Do lượng *progesteron* gia tăng, dịch nhầy ở cổ tử cung bắt đầu trở nên đặc hơn, ít dần đi, có màu đục và dính. Cảm giác khô âm đạo dần dần trở lại, kéo dài cho đến giai đoạn hành kinh kế tiếp.
- Theo phương pháp này, giao hợp có thể an toàn trong giai đoạn khô và khoảng 4 ngày sau khi dịch

nhảy bắt đầu xuất hiện ở âm đạo. Thời kỳ tránh giao hợp kéo dài cho đến khoảng 4 ngày sau khi có dịch nhầy loãng và dai báo hiệu thời điểm rụng trứng. Giao hợp an toàn trong giai đoạn sau rụng trứng, kéo dài đến kỳ kinh kế tiếp.

4. Vận dụng kết hợp

- Dựa vào ưu và nhược điểm của các phương pháp trên, có thể đưa ra một phương pháp vận dụng kết hợp những điểm dễ nhận biết nhất để xác định các thời điểm giao hợp an toàn như sau:
 - Giao hợp an toàn bắt đầu sau giai đoạn hành kinh, kéo dài cho đến khi chất nhầy bắt đầu xuất hiện ở âm đạo thì chấm dứt.
 - Sau khi chất nhầy chuyển sang trạng thái loãng và dai, theo dõi thân nhiệt để xác định sự gia tăng nhiệt độ. Khoảng 4 ngày sau khi chất nhầy đã hết loãng và dai, và ít nhất là thân nhiệt đã tăng ổn định được 3 ngày, giao hợp an toàn có thể tiếp tục và kéo dài cho đến kỳ kinh kế tiếp.

Ưu – nhược điểm

- Như đã nói, ưu điểm của biện pháp tránh thai này là hoàn toàn tự nhiên, không có tác dụng phụ, do đó có thể áp dụng cho bất cứ đối tượng nào.
- Nhược điểm của biện pháp này là nếu không có sự tuân thủ nghiêm ngặt sẽ dễ dàng dẫn đến thất bại.

Mặt khác, biện pháp này có thể gây khó chịu cho một số người về mặt sinh lý bởi vì giai đoạn “*kiêng cử*” (quanh thời điểm rụng trứng) cũng chính là giai đoạn mà ham muốn tình dục của người phụ nữ lên cao nhất.

- Hiệu quả tránh thai của biện pháp này thường rất cao vào giai đoạn sau khi rụng trứng, nhưng có thể chỉ tương đối vào giai đoạn trước khi rụng trứng. Do đó, tỷ lệ thất bại có thể lên cao vào giai đoạn này.
- Để khắc phục những nhược điểm của biện pháp này, người sử dụng có thể dùng kết hợp với một biện pháp tránh thai khác nữa, chẳng hạn như sử dụng bao cao su.

XUẤT TINH NGOÀI ÂM ĐẠO

Là biện pháp rút dương vật ra khỏi âm đạo vào thời điểm gần xuất tinh, và do đó tinh dịch được phóng thích bên ngoài âm đạo. Mặc dù biện pháp được thực hiện nhằm mục đích tránh thai, nhưng trong thực tế tỷ lệ thất bại khá cao vì những lý do sau đây:

- Một lượng rất nhỏ tinh dịch (chứa tinh trùng) có thể đã được phóng thích trước giai đoạn xuất tinh thực sự mà người đàn ông nhận biết được. Chỉ một lượng rất nhỏ này cũng vẫn có khả năng gây ra thụ thai.

- Một phần tinh dịch tuy được phóng thích bên ngoài âm đạo nhưng nếu không cẩn thận có thể dính vào những vùng quanh âm hộ, rất có thể chảy vào âm đạo, lúc đó đang sưng ướt dịch nhầy, rất thuận tiện cho sự di chuyển của tinh trùng. Do khả năng sống sót của tinh trùng khi vào được cơ thể người phụ nữ có thể kéo dài từ 4 – 6 ngày, nên những sơ sót này tuy có tỷ lệ rất thấp nhưng vẫn có thể dẫn đến thụ thai.
- Khả năng kiểm soát giai đoạn xuất tinh của người đàn ông thường có giới hạn, và trong rất nhiều trường hợp anh ta không thể làm chủ hoàn toàn tình thế để có thể rút dương vật ra đúng thời điểm cần thiết như dự tính.

Ngoài ra, nhiều người thấy khó chấp nhận biện pháp giao hợp ngắt quãng này vì cho rằng nó làm mất đi những khoái cảm thường có của những lần giao hợp bình thường.

TRIỆT SẢN

Triệt sản là những giải pháp tránh thai hầu như vĩnh viễn, chỉ áp dụng với một số đối tượng hạn chế đã xác định chắc chắn là không có nhu cầu sinh con nữa. Triệt sản có thể được áp dụng ở nam giới hay nữ giới, tùy theo sự chọn lựa của hai người.

Triệt sản nam

Triệt sản nam được thực hiện bằng phẫu thuật thắt ống dẫn tinh. Hai ống dẫn tinh ở hai bên dẫn tinh trùng từ tinh hoàn ra được cắt đứt hẳn và thắt chặt lại. Phẫu thuật được thực hiện nhanh chóng và dễ dàng, chỉ cần khoảng 15 – 20 phút, và chỉ cần gây tê tại chỗ. Phẫu thuật có rất ít nguy cơ và biến chứng so với triệt sản nữ.

Sau phẫu thuật, hoạt động phóng tinh vẫn xảy ra như bình thường, nhưng trong tinh dịch không có tinh trùng, vì tinh trùng không thể đi qua ống dẫn tinh nên được tinh hoàn hấp thụ trở lại. Trong vòng 3 tháng sau phẫu thuật, khả năng thụ thai vẫn có thể xảy ra do lượng tinh trùng còn sót lại trong ống dẫn tinh. Qua thời gian này, cần thực hiện khảo sát mẫu tinh dịch để đảm bảo chắc chắn là hoàn toàn không có tinh trùng. Sau đó, cặp vợ chồng này không cần dùng bất cứ biện pháp tránh thai nào khác nữa.

Trong khoảng 2.000 ca triệt sản theo cách này, có thể có xảy ra 1 trường hợp xuất hiện tinh trùng trở lại trong tinh dịch, thường là sau một thời gian dài. Đó là do những đầu ống dẫn tinh bị cắt rời đã tự động dính lại với nhau. Để xử trí, người ta thực hiện phẫu thuật trở lại lần nữa.

Trong trường hợp người triệt sản thay đổi ý định ban đầu và muốn sinh con, có thể tiến hành phẫu thuật nối các ống dẫn tinh trở lại, nhưng mức độ thành công chỉ

đạt khoảng 50% mà thôi. Do đó, người quyết định triệt sản cần được báo trước về điều này để cân nhắc kỹ hơn quyết định của mình.

Triệt sản nữ

Triệt sản nữ được thực hiện bằng cách thắt hoặc cắt vòi trứng để ngăn đường tinh trùng đi đến gặp trứng. Phẫu thuật thường được thực hiện trong bệnh viện, bệnh nhân nhập viện trước một ngày và được theo dõi một ngày sau phẫu thuật trước khi xuất viện.

Phương pháp triệt sản nữ thường được chọn lựa khi:

- Người phụ nữ quyết định chắc chắn là không muốn sinh con nữa và không muốn sử dụng bất cứ biện pháp tránh thai nào khác.
- Người phụ nữ ở vào tình trạng nếu mang thai sẽ đe dọa đến sức khỏe bản thân hoặc có nguy cơ cao sinh con mắc bệnh di truyền nặng.

Phẫu thuật triệt sản nữ có thể được thực hiện bằng nhiều cách, như qua soi ổ bụng hoặc rạch da dưới rốn để mở đường vào ổ bụng. Cũng có thể cắt và thắt vòi trứng qua đường rạch ở âm đạo...

Tỷ lệ thất bại của phương pháp này rất thấp, chỉ vào khoảng 5 trên 10.000 trường hợp. Những trường hợp có thai sau khi đã triệt sản thường là thai ngoài tử cung.

Trong trường hợp người phụ nữ triệt sản thay đổi ý định ban đầu và muốn sinh con, có thể tiến hành vi phẫu

thuật để phục hồi khả năng sinh sản, với tỷ lệ thành công vào khoảng 70 – 75%.

TRÁNH THAI ĐỐI VỚI PHỤ NỮ SẮP MÃN KINH

Mặc dù khả năng thụ thai giảm dần đi khi phụ nữ ngày càng lớn tuổi, nhưng ngay cả đến tuổi sắp mãn kinh thì khả năng có thai vẫn có thể xảy ra. Vì thế, việc áp dụng các biện pháp tránh thai vẫn là cần thiết cho đến khi kinh nguyệt tự nhiên đã mất hẳn được một năm.

Tuy nhiên, thời điểm mãn kinh không giống nhau ở mỗi người. Có những phụ nữ mãn kinh sớm, có những phụ nữ khác mãn kinh muộn hơn, thường dao động rất lớn trong khoảng 45 – 55 tuổi. Trong khi đó, việc sử dụng các loại viên tránh thai kết hợp chứa *estrogen* và *progestogen* hay viên *progestogen* đơn thuần đều có tác dụng tạo ra hiện tượng “*chảy máu thu hồi*” tương tự như máu kinh nguyệt. Điều này gây khó khăn cho việc xác định mãn kinh ở phụ nữ, vì không thể biết được là kinh nguyệt tự nhiên đã chấm dứt hay chưa. Do đó, vào thời điểm nghi ngờ mãn kinh, cần phải ngừng dùng các loại viên tránh thai, chuyển sang sử dụng một loại biện pháp tránh thai khác, chẳng hạn như màng ngăn âm đạo.

Sau khi ngừng thuốc, nếu xác định chắc chắn kinh nguyệt đã chấm dứt, thì việc sử dụng các biện pháp tránh thai chỉ cần tiếp tục trong vòng một năm nữa.

Trong trường hợp kinh nguyệt vẫn còn tiếp tục, các biện pháp tránh thai nên được duy trì như trước.

Trong cả hai trường hợp, vào độ tuổi này vẫn nên bắt đầu sử dụng liệu pháp thay thế *hormon* (HRT) và kết hợp tránh thai bằng màng ngăn âm đạo.

Một phương pháp kiểm tra khác có thể được dùng thay thế, đó là kiểm tra FSH huyết thanh (*hormon* kích thích nang noãn). Nếu kết quả cao (khoảng > 20U/lít) thì nên ngừng dùng viên uống tránh thai, chuyển sang dùng biện pháp tránh thai bằng màng ngăn âm đạo. Sau đó một tháng, lặp lại kiểm tra huyết thanh FSH. Nếu kết quả vẫn còn cao, có thể không cần dùng bất cứ biện pháp tránh thai nào nữa cả.

TRÁNH THAI ĐỐI VỚI PHỤ NỮ SAU KHI SINH

Thường thì phụ nữ sau khi sinh con chưa cần phải áp dụng các biện pháp tránh thai, vì chưa có khả năng xảy ra thụ thai. Tuy nhiên, thời gian không cần dùng các biện pháp tránh thai này kéo dài bao lâu còn tùy thuộc vào một số yếu tố:

- Mức độ an toàn chỉ được đảm bảo khi người phụ nữ chưa có kinh nguyệt trở lại.
- Khả năng thụ thai giảm mạnh và kéo dài (có thể đến 6 tháng) khi người mẹ nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ. Ngược lại, nếu người mẹ cho trẻ bú sữa bình và ít cho trẻ bú, khả năng thụ thai sẽ gia tăng và xảy ra sớm hơn.

- Trong bất cứ trường hợp nào thì sau khi đứa trẻ được 6 tháng tuổi cần phải áp dụng một trong các biện pháp tránh thai mới đảm bảo an toàn.

Như vậy, trong vòng 6 tháng sau khi sinh con, nếu người mẹ chưa thấy có kinh nguyệt trở lại và đang nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ thì không cần phải sử dụng bất cứ biện pháp tránh thai nào. Tuy nhiên, cần phải áp dụng ngay một trong các biện pháp tránh thai nếu có các trường hợp sau đây xảy ra:

- Trẻ bú ít, khoảng cách các lần bú ban ngày cách nhau hơn 4 giờ và ban đêm cách nhau hơn 6 giờ.
- Người mẹ thấy xuất hiện kinh nguyệt trở lại. Cần chú ý là hiện tượng ra máu thấm giọt trong khoảng 6 – 8 tuần sau khi sinh không phải là kinh nguyệt.
- Trẻ bắt đầu ăn dặm và giảm trên 20% thời gian bú sữa mẹ.

Nếu các điều kiện nêu trên không được đáp ứng và người mẹ quyết định cần phải sử dụng một trong các biện pháp tránh thai, cần lưu ý các vấn đề sau:

- Viên uống tránh thai có thể bắt đầu từ tuần thứ 4 sau khi sinh. Khi dùng viên uống tránh thai trong thời gian còn cho con bú, tránh dùng loại viên kết hợp có *estrogen*, vì loại *hormon* này có thể ức chế tiết sữa. Thay vì vậy, các bà mẹ đang cho con bú nên dùng viên uống tránh thai đơn thuần chỉ chứa *progestogen*.

- Dụng cụ tránh thai đặt trong tử cung có thể được đặt vào tuần thứ 6 sau khi sinh, có kết hợp kiểm tra sau sinh.
- Màng ngăn âm đạo có thể bắt đầu sử dụng vào tuần thứ 6 sau khi sinh, có kết hợp kiểm tra sau sinh.
- Nếu quyết định triệt sản, phẫu thuật mở ổ bụng qua đường rạch dưới rốn có thể được thực hiện sau khi sinh khoảng 2 tuần.



KIỂM TRA SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ

Trẻ sơ sinh

Việc kiểm tra sức khỏe tổng quát cho một trẻ sơ sinh cần được thực hiện ngay trong vòng 24 giờ sau khi cháu bé chào đời. Khoảng 2,5% trẻ em có dị tật bẩm sinh, và sự phát hiện sớm các dị tật này thường giúp cho việc điều trị dễ dàng hơn. Ngoài ra, việc kiểm tra tổng quát cũng giúp đánh giá tình trạng sức khỏe chung, chức năng hô hấp, và xác định những nhu cầu chăm sóc đặc biệt cho trẻ nếu có. Yêu cầu kiểm tra thường bao gồm các phần sau đây:

- *Cân đo*: Cân trọng lượng cơ thể và đo vòng đầu của trẻ.
- *Ngoại dạng*: Tìm các yếu tố dị dạng. Đánh giá trương lực cơ. Nếu có vàng da xuất hiện trong vòng 24 giờ cần phải có sự quan tâm kịp thời.
- *Đầu*: Tìm các dấu hiệu bất thường trong hình dạng hộp sọ có thể nắn sửa. Thóp trước đầy lên bất thường có thể gợi ý tràn dịch màng não và cần phải siêu âm chẩn đoán ngay.

- *Mắt*: Kiểm tra sự khác biệt về kích thước của 2 mắt. Nếu có, điều này thường gợi ý có nhiễm trùng, hoặc khuyết tật phát triển, hoặc chứng tăng nhãn áp bẩm sinh, cần điều trị tức thời. Kiểm tra chấm phản chiếu màu đỏ ở giữa đồng tử (con người) để loại trừ đục thủy tinh thể.
- *Mũi*: Tìm các dấu hiệu tắc nghẽn.
- *Miệng*: Kiểm tra xem có hở hàm ếch (khoảng trống chạy dọc theo đường giữa vòm khẩu cái) hay không. Dị tật này tuy hiếm gặp (khoảng 0,2%) nhưng cần phát hiện sớm để xử trí kịp thời. Trẻ bị hở hàm ếch không thể bú mẹ mà phải bú sữa trong loại bình có núm vú đặc biệt. Phẫu thuật vá hàm ếch thường phải đợi đến khi trẻ được 1 tuổi.
- *Ngực*: Quan sát cử động của lồng ngực khi trẻ thở. Nghe phổi nếu thấy cần.
- *Tim*: Thường nghe thấy tiếng thổi ở trẻ sơ sinh. Nghe lại sau khi trẻ được 8 tuần tuổi sẽ dễ phân biệt hơn.
- *Bụng*: Tìm các dấu hiệu trướng bụng hoặc kích thước lớn bất thường của các cơ quan. Loại trừ khả năng chỉ có một động mạch rốn.
- *Bẹn*: Kiểm tra mạch đùi, thường không có khi hẹp động mạch chủ. Tìm dấu hiệu của thoát vị.

- *Cơ quan sinh dục*: Kiểm tra vị trí bình thường của tinh hoàn trong bìu. Loại trừ các dị tật lỗ tiểu đóng thấp, lỗ tiểu đóng cao hay tình trạng lưỡng tính.
- *Hậu môn*: Kiểm tra loại trừ trường hợp không có lỗ hậu môn. Nếu quan sát thấy trẻ đã đi phân su, có thể loại bỏ khả năng dị tật này.
- *Xương sống*: Loại trừ dị tật vẹo cột sống. Loại trừ bất cứ dị tật có thể có nào của tủy sống bằng cách quan sát các vết chàm, u cục hay những vùng có lông ở cột sống.
- *Hông*: Loại trừ dị tật trật khớp háng bẩm sinh. Đầu xương đùi thông thường nằm đúng vào một khớp lồi của xương chậu (ổ cối), nhưng trong trường hợp lệch đầu xương đùi bẩm sinh thì đầu xương không nằm trong khớp lồi hoặc không gắn chặt vào nên rất dễ bị trượt ra. Sờ nắn kỹ vùng hông có thể phát hiện dị tật này.

Từ 6 đến 8 tuần tuổi

Lần kiểm tra này thường kết hợp với lần tiêm chủng đầu tiên. Ngoài ra, trẻ có thể sẽ được cho uống bổ sung *vitamin K*. Điều này khá quan trọng đối với những trẻ em được nuôi bằng sữa mẹ. Việc bổ sung *vitamin K* có thể giúp ngăn ngừa chứng xuất huyết hộp sọ do thiếu *vitamin K*.

Nội dung kiểm tra lần này nhằm đảm bảo sự phát triển bình thường của trẻ cũng như tiếp tục phát hiện các

Cẩm nang y khoa thực hành

dị tật (nếu có) mà lần kiểm tra trước đã không phát hiện được:

- Kiểm tra sự phát triển toàn diện của trẻ cũng như các vấn đề về phát triển thính giác, thị giác.
- Quan sát chung để đánh giá mức độ năng động, sự đáp ứng của trẻ trong các điều kiện, tìm dấu hiệu phát triển các dị tật...
- Quan sát trên da để phát hiện các dấu hiệu bất thường.
- Theo dõi sự tăng trưởng cơ thể, lập biểu đồ tăng trọng, vòng đầu và chiều cao của trẻ.
- Tìm các dấu hiệu bất thường ở mắt như chuyển động khác thường của các đồng tử, lác mắt hay không có khả năng định thị.
- Nghe tiếng thổi ở tim để tìm dấu hiệu bất thường.
- Kiểm tra cơ quan sinh dục, loại trừ các khả năng dị tật như lỗ tiểu đóng thấp, lỗ tiểu đóng cao hay tình trạng lưỡng tính.
- Loại trừ khả năng trật khớp háng bẩm sinh.

Tiêm chủng

Việc tiêm chủng cho trẻ em ngày nay đã trở thành một chương trình mở rộng cấp quốc gia. Tất cả trẻ em sinh ra đều phải được chủng ngừa những bệnh quan trọng đã được đưa vào chương trình. Tuy nhiên, các bậc cha mẹ

Nhi khoa

cần nắm rõ về các mũi chủng ngừa và thời điểm để đảm bảo không bỏ sót bất cứ liều tiêm chủng nào cho trẻ. Lịch tiêm chủng cho trẻ như sau:

Độ tuổi	Mũi tiêm chủng
Sơ sinh	Lao (BCG), viêm gan B (nếu người mẹ mang HBV)
2 tháng	Bạch hầu + uốn ván + ho gà (DTP), bại liệt, viêm màng não, viêm gan B
3 tháng	Bạch hầu + uốn ván + ho gà (DTP), bại liệt, viêm màng não, viêm gan B
4 tháng	Bạch hầu + uốn ván + ho gà (DTP), bại liệt, viêm màng não
9 - 15 tháng	Sởi + quai bị + rubella (MMR), viêm gan B, thủy đậu
3 - 5 tuổi	Ho gà, bại liệt, sởi + quai bị + rubella (MMR)
10 - 14 tuổi	Lao (BCG)
15 - 19 tuổi	Bạch hầu, uốn ván, bại liệt

Một số liều tiêm chủng gồm 2 mũi tiêm hoặc nhiều hơn, phải được tiêm đủ liều mới có thể phát huy tác dụng bảo vệ trẻ chống lại căn bệnh đó.

VÀNG DA Ở TRẺ SƠ SINH

- Vàng da trong vòng 24 giờ sau khi sinh luôn là dấu hiệu bệnh lý.
- *Bilirubin* huyết thanh nên được kiểm tra ở trẻ bị vàng da rõ rệt. Chuyển bác sĩ chuyên khoa nếu nồng độ cao hơn mức giới hạn theo độ tuổi của trẻ.
- Vàng da sinh lý xuất hiện sau 48 giờ và thường mất đi trong khoảng 7 – 10 ngày.
- Vàng da tiếp tục tồn tại sau 10 ngày tuổi (14 ngày ở trẻ sinh non) là dấu hiệu không bình thường và phải được chuyển ngay đến chuyên khoa để chẩn đoán.
- Nếu vàng da kéo dài liên quan đến sữa mẹ, triệu chứng này thường phải mất dần đi trước khi trẻ được 6 tuần tuổi.

NUÔI TRẺ BẰNG SỮA MẸ

Sữa mẹ có tỷ lệ thích hợp các thành phần dinh dưỡng thiết yếu giúp trẻ lớn lên và phát triển tốt nhất trong giai đoạn đầu đời. Sữa mẹ là một nguồn dinh dưỡng sẵn có, rẻ tiền, dễ tiêu hóa, gần như là vô trùng, được cung cấp cho trẻ với một nhiệt độ thích hợp, và chứa các kháng thể của người mẹ để bảo vệ trẻ chống lại một số bệnh tật. Việc cho trẻ bú còn mang lại những cảm giác tình cảm tuyệt vời không gì thay thế được cho cả mẹ và con.

Một số bà mẹ gặp khó khăn, nhất là khi bắt đầu cho con bú. Nhưng với sự kiên trì và thời gian, những khó khăn ấy thường sẽ qua đi. Những khó khăn thường gặp nhất là khi trẻ không chịu ngậm vú, bầu sữa căng tức hoặc đau ở đầu vú, hoặc không đủ sữa cho trẻ bú. (Xem thêm mục *Những vấn đề khi cho con bú*, trang 317)

Bầu sữa mẹ hoạt động theo cơ chế tương ứng giữa cung và cầu. Vì thế, trẻ càng bú nhiều thì vú mẹ càng tiết ra nhiều sữa hơn. Sau vài ngày bú mẹ, một thời gian biểu đều đặn sẽ được thiết lập cho cả mẹ và con để đảm bảo trẻ được bú đầy đủ. Việc cho bú dặm bằng sữa bình sẽ làm rối loạn quá trình thiết lập sự cân bằng này, và do đó chỉ nên áp dụng khi có sự chỉ dẫn của bác sĩ trong những trường hợp tối cần thiết mà thôi. Nếu cơn đói của trẻ được đáp ứng bằng sữa bình, bầu sữa của người mẹ sẽ không nhận được sự kích thích cần thiết để tiết ra đủ sữa cho trẻ bú.

Để duy trì nguồn sữa đầy đủ cho trẻ, người mẹ cần một chế độ dinh dưỡng cân đối và phải uống thật nhiều nước. Phải đảm bảo nguồn năng lượng mà người mẹ cần thêm để nuôi dưỡng trẻ sẽ được cung cấp từ những thức ăn lành mạnh như trái cây, rau cải, sữa, đậu...

NUÔI TRẺ BẰNG SỮA BÌNH

Không phải là sự chọn lựa tối ưu, nhưng trong một số trường hợp nhất định, chẳng hạn như vì lý do sức khỏe,

người mẹ vẫn phải chấp nhận giải pháp nuôi con bằng sữa bình, và điều này nên có sự tư vấn của bác sĩ.

Nuôi con bằng sữa bình có thể giúp người mẹ giảm nhẹ yêu cầu về năng lượng, và đặc biệt là người khác cũng có thể giúp đỡ trong việc cho trẻ bú. Có thể sẽ có những vấn đề phát sinh trong khi cho trẻ bú sữa bình, trong đó có cả những trường hợp dị ứng với *protein* trong sữa bò.

Các loại sữa bột đặc biệt dành cho trẻ sơ sinh được dùng tốt hơn sữa bò, vì sữa bò thường có hàm lượng sắt và các *vitamin* A, C, D, E rất thấp. Nên dùng các loại sữa bột này cho đến khi trẻ được 1 tuổi. Cho trẻ bú đủ theo nhu cầu, trung bình thường là khoảng 150ml mỗi ngày cho mỗi *kilogram* cân nặng của trẻ, chia làm 6 lần cho bú. Các loại sữa chế biến từ đậu nành hiện nay chỉ nên dùng khi trẻ được xác định là dị ứng hoặc không dung nạp được sữa bò.

Khi trẻ đã làm quen với một loại sữa được chọn, nên hạn chế thay đổi nếu không có lý do thực sự cần thiết. Không nên thay đổi sữa chỉ vì trẻ hay khóc đêm hoặc tỏ vẻ bứt rứt, khó chịu, vì những dấu hiệu này thường có nguyên nhân khác. Việc thay đổi loại sữa thường không có ích gì.

Để pha sữa cho trẻ, luôn phải dùng nước đã đun sôi và để ấm ở nhiệt độ khoảng 40 – 50°C. Tỷ lệ pha chế – lượng nước và lượng sữa bột – phải tuân theo đúng như chỉ dẫn của nhà sản xuất. Tất cả những thứ như bình sữa, núm vú

và các dụng cụ dùng để pha sữa đều phải được tiệt trùng trước khi dùng để tránh nhiễm khuẩn.

CHO TRẺ ĂN DẶM VÀ CAI SỮA

Cho trẻ ăn dặm

Có thể bắt đầu cho trẻ ăn dặm sau 6 tháng tuổi, trong khi vẫn tiếp tục cho trẻ bú sữa mẹ. Ăn dặm nên được hiểu là quá trình giúp trẻ chuyển dần từ việc bú sữa sang dùng thức ăn. Trước khi được 6 tháng tuổi, sữa là nguồn cung cấp toàn bộ chất dinh dưỡng cần thiết cho trẻ. Từ sau 6 tháng tuổi, hệ tiêu hóa của trẻ đã phát triển đủ để tiêu hóa được những thức ăn phức tạp hơn và sẽ có những dấu hiệu cho thấy trẻ đã có thể sẵn sàng cho việc ăn dặm, chẳng hạn như trẻ vẫn tỏ ra còn đói sau khi đã bú xong, hoặc đòi bú nhiều lần hơn.

Quá trình chuyển đổi từ việc cho trẻ bú sữa sang ăn thức ăn đặc hoàn toàn cần phải thực hiện dần dần. Một số trẻ chấp nhận thức ăn đặc ngay tức thì, trong khi một số trẻ khác cần thời gian lâu hơn để làm quen. Không có những quy tắc nhất định để tuân theo trong việc này, chẳng hạn như nên bắt đầu vào lúc nào, nên kéo dài bao lâu hoặc nên cho ăn những thức ăn gì. Điều quan trọng hơn hết là một thái độ tích cực và linh hoạt.

Trong vài tuần lễ đầu tiên, chỉ cần giúp trẻ làm quen với dạng thức ăn và việc ăn bằng muỗng. Lượng thức ăn rất ít, xem như không cần thiết cung cấp dinh dưỡng.

Nên chọn thời điểm bắt đầu thật thoải mái. Buổi trưa có thể là thời điểm tốt nhất để cho bé ăn bữa ăn đầu tiên, vì trẻ có thể dễ chấp nhận hơn là vào buổi sáng – khi trẻ quá đói, hoặc buổi chiều – khi trẻ có thể mệt mỏi. Cho trẻ bú một nửa lượng sữa như bình thường, sau đó vẫn bế trẻ trong lòng và cho ăn một vài muỗng thức ăn. Sau đó cho trẻ tiếp tục bú.

Bột gạo, bột ngũ cốc hay rau cải xay, trái cây xay – nhưng tránh các trái cây họ cam quýt – là những thức ăn khởi đầu tốt nhất, bởi vì ít có khả năng gây ra phản ứng. Nếu trẻ không chấp nhận thức ăn, hoặc bị tiêu chảy, nôn mửa, hoặc nổi ban đỏ, hãy tránh dùng thức ăn đó trong vài tuần. Các thức ăn có đạm nên được xay nghiền chung với rau cải vào lúc trẻ có thể ăn được một lượng thức ăn đáng kể. Nên cố gắng sử dụng thức ăn tự làm lấy ở nhà, chọn những món ăn tươi sống. Tránh dùng cho muối vào thức ăn của trẻ. Những thức ăn có đường như các loại bánh ngọt nên hạn chế để tránh béo phì và chứng sâu răng về sau. Thay đổi các món ăn sao cho thật đa dạng, nhiều mùi vị, để trẻ có thể nếm thử qua được nhiều loại thức ăn khác nhau.

Khi trẻ được 9 – 12 tháng tuổi, nên cho trẻ ăn thành 3 bữa đều đặn vào những giờ nhất định, tốt nhất là theo với những bữa ăn của gia đình. Kể từ giai đoạn này, nên cho trẻ “*bú dặm*” thay vì là “*ăn dặm*”, nghĩa là chỉ cho trẻ bú bổ sung sau khi đã cho ăn. Chú ý cho trẻ uống nhiều

nước hơn, nước trái cây pha loãng là tốt nhất. Tránh những loại thức ăn quá nhiều chất xơ (*fibre*) vì thường có khối lượng lớn nhưng cung cấp ít dinh dưỡng và năng lượng, không hợp với trẻ. Cần bổ sung thường xuyên các loại *vitamin* như A, D và C. Nếu trẻ đã biết dùng kem đánh răng có *flour*, việc bổ sung *flour* có thể là không cần thiết.

Cai sữa

Cai sữa nghĩa là ngừng không cho trẻ bú nữa, hay nói khác đi là chuyển hẳn từ chế độ ăn dặm kèm theo bú sữa sang chế độ ăn toàn thức ăn đặc.

Thường thì việc cai sữa là không cần thiết nếu như chế độ ăn dặm trước đó được thực hiện tốt. Trẻ sẽ ngừng bú vào lúc thích hợp, khi các bữa ăn trong ngày cung cấp cho trẻ đầy đủ dinh dưỡng và cả sự ngon miệng. Và trong mối tương quan tự nhiên, khi trẻ ít bú dần thì sữa mẹ cũng sẽ ít dần, nên việc ngừng bú sẽ không có vấn đề gì.

Tuy nhiên, nếu vì lý do nào đó mà người mẹ cần ngừng việc cho bú sớm hơn, nên thực hiện theo nguyên tắc giảm dần, tránh sự thay đổi đột ngột có thể ảnh hưởng đến tâm lý cũng như sức khỏe của trẻ.

Ngay cả khi đã ngừng việc cho trẻ bú mẹ, cũng vẫn nên duy trì việc cho trẻ bú hoặc uống một lượng sữa bột nhất định trong ngày, thường là sau các bữa ăn hoặc vào buổi

tối trước khi đi ngủ, để đảm bảo bổ sung đầy đủ những chất dinh dưỡng cần thiết cho sự phát triển của trẻ.

TRẺ KHÓC NHIỀU VÀ THẤT THƯỜNG

Nhiều người cho rằng việc khóc nhiều là hiện tượng tự nhiên ở trẻ em. Thực ra không phải vậy, trẻ em khóc nhiều bao giờ cũng có một nguyên nhân nhất định, và việc sớm phát hiện ra nguyên nhân làm trẻ khóc là cần thiết có thể giúp duy trì sự phát triển bình thường của trẻ.

Điều trước tiên là phải chẩn đoán loại trừ các nguyên nhân bệnh lý thực thể, chẳng hạn như xoắn ruột, lồng ruột hoặc các trường hợp nhiễm trùng cấp tính...

Trẻ con ở độ tuổi từ 2 tuần cho đến 3 tháng rất thường có những cơn khóc đêm tưởng như không sao làm người được. Trẻ thường khóc thét lên và co đạp chân tay rất dữ dội, như thể đang hết sức đau đớn, và mặt đỏ bừng lên. Một nguyên nhân thường gặp gây ra hiện tượng này là lượng không khí trẻ mút vào khi bú không được đưa ra hết, giờ đây đang đi qua ruột non và gây ra cảm giác đau đớn cũng như tạo ra những cơn co thắt mạnh.

Trong các trường hợp khóc đêm, thường thì trẻ khóc như thể rất đau đớn và kéo dài khoảng vài giờ vào đầu hôm. Hiện tượng này có khuynh hướng thường gặp ở những trẻ bú sữa mẹ hơn là những trẻ bú sữa bình, và có nhiều khả năng là trẻ khóc do đói. Ngay cả khi trẻ vừa

mới bú cách đó không lâu, cũng nên thử cho trẻ bú một lần nữa vào lúc này. Khi cho trẻ bú sữa mẹ, nguồn sữa thường giảm đi vào buổi tối do người mẹ mệt mỏi, và trẻ cần được bú nhiều lần hơn. Ngoài ra, sự căng thẳng của người mẹ khi trẻ khóc nhiều cũng khiến cho tuyến sữa tiết ra ít hơn, và làm trầm trọng thêm vấn đề.

Bế trẻ lên vai và đi lại trong nhà một lúc có thể làm cho trẻ bớt khóc. Xoa bàn tay trên lưng hoặc trên bụng đôi khi cũng có thể tạm thời làm cho trẻ nín khóc. Nếu cho trẻ bú sữa mẹ, người mẹ cần nghỉ ngơi nhiều trong ngày để đảm bảo có đủ sữa cho trẻ bú vào buổi tối. Một số sản phẩm bán trên thị trường được quảng cáo là làm cho trẻ hết khóc đêm, nhưng chưa hề có chứng cứ đáng tin cậy nào về những lời quảng cáo đó.

TÁO BÓN

Táo bón hiếm khi xuất hiện ở những trẻ bú hoàn toàn sữa mẹ, nhưng là vấn đề thường gặp ở những trẻ bú sữa bình.

Cần phân biệt giữa táo bón thực sự với thói quen đi tiêu ít lần. Trẻ có thể chỉ đi tiêu vài ba lần trong một tuần, nhưng nếu phân mềm và việc đi tiêu dễ dàng thì không có vấn đề gì. Chỉ xác định táo bón khi phân cứng và có biểu hiện khó khăn khi trẻ đi tiêu.

Nguyên nhân gây táo bón ở trẻ không phải bao giờ cũng được biết rõ, nhưng có thể là do uống không đủ

lượng nước hoặc dùng các loại thực phẩm chế biến sẵn nhưng pha chế không thích hợp. Ở trẻ lớn tuổi hơn, táo bón cấp tính thường xảy ra sau những bệnh gây sốt.

Chẩn đoán loại trừ các khả năng:

- Bệnh *Hirschsprung*, khi trẻ chậm đi phân su và sau đó táo bón kéo dài. Chụp X quang đại tràng có thuốc cản quang để xác định đoạn ruột bị hẹp.
- Nứt hậu môn, thường kèm theo có ít máu trong phân. Nứt hậu môn làm trẻ đau khi đi tiêu và do đó có khuynh hướng nín lại những lần đi tiêu.

Cần cho trẻ uống thật nhiều nước. Nước trái cây pha loãng, không đường, thường là tốt nhất. Thường xuyên xoa bóp vùng bụng có thể làm trẻ thấy dễ chịu hơn và cũng có tác dụng làm tăng sự co bóp của ruột. Với trẻ em, hạn chế tối đa không nên dùng đến thuốc xổ.

ỈA ĐÙN

Là tình trạng trẻ mất tự chủ trong việc đi tiêu, dẫn đến đi phân ra ngay trong quần ngoài ý muốn. Thường là do táo bón kéo dài chuyển sang mạn tính, căng trực tràng làm cho cơ thắt trong hậu môn giãn ra. Khi đó, cơ thắt ngoài hậu môn không chịu được áp lực và để phân thoát ra. Hầu hết trẻ em có thể tự kiểm soát việc đi tiêu vào khoảng 3 – 4 tuổi, và tình trạng ỉa đùn ở đứa trẻ 4 tuổi phải được xem là bất thường.

- Cần kiểm tra các tổn thương thực thể, chẳng hạn như vết nứt hoặc loét ở hậu môn.
- Kiểm tra áp lực ở ruột kết và phân ở trực tràng.
- Yếu tố tâm lý là quan trọng, cần cố gắng giúp trẻ lấy lại sự tự tin để có thể dần dần vượt qua tình trạng ỉa đùn.
- Có thể thụ hậu môn để đẩy khối phân ra. Nếu trẻ khó chịu nhiều, cũng có thể thay bằng việc dùng thuốc xổ, chẳng hạn như xi-rô *senna* cho trẻ lớn hơn 6 tuổi, 5 – 10ml dùng vào buổi sáng. Có thể dùng thuốc xổ ngắn hạn như dung dịch *lactulose* cho trẻ 5 – 10 tuổi, 10ml, mỗi ngày 2 lần là vừa đủ cho những ca táo bón cấp tính.
- Khuyến khích cho trẻ uống thật nhiều nước và điều chỉnh chế độ ăn uống, gia tăng các món có nhiều chất xơ.
- Những trường hợp khó điều trị có thể đòi hỏi dùng xi-rô *senna* thời gian dài với liều giảm dần để tăng phản xạ dạ dày-ruột.
- Khuyến khích trẻ tập thói quen đi tiêu sau mỗi bữa ăn để tăng phản xạ dạ dày-ruột. Phải đảm bảo cho trẻ có tâm lý thoải mái, không bị hối thúc khi đi tiêu.

ĐÁI DẪM

Là tình trạng trẻ không tự chủ trong việc tiểu tiện, dẫn đến tiểu trong quần hoặc ngay trên giường ngủ vào ban đêm.

Đái dầm là một hiện tượng bình thường và phổ biến ở trẻ em, do sự phát triển hệ thần kinh kiểm soát bàng quang chưa hoàn chỉnh. Thông thường thì hầu hết trẻ em dưới 3 tuổi đều đái dầm, khoảng 10% trẻ em tiếp tục đái dầm cho đến 5 tuổi, và khoảng dưới 5% trẻ em vẫn còn đái dầm cho đến 10 tuổi. Tỷ lệ đái dầm ở các em trai nhiều hơn các em gái, và thường có liên quan đến yếu tố tiền sử gia đình. Khoảng 1% trẻ em bị đái dầm do những nguyên nhân bệnh thực thể, chẳng hạn như dị tật bẩm sinh đường tiết niệu, nhiễm trùng đường tiết niệu, đa niệu hay bệnh thần kinh bàng quang. Nếu đã chẩn đoán loại trừ các nguyên nhân bệnh lý thực thể, không cần phải quá lo lắng về những trường hợp trẻ đái dầm trước khi được 10 tuổi, vì thường vấn đề sẽ tự mất đi. Tuy nhiên, một số biện pháp tích cực có thể giúp trẻ sớm tự chủ hơn trong việc tiểu tiện và do đó không còn đái dầm nữa.

- Theo dõi và ghi nhận các lần đái dầm của trẻ trong một thời gian liên tục để xác định có thời gian nào trẻ ngừng đái dầm hay không. Nếu có, có thể loại trừ các nguyên nhân thực thể, trừ ra trường hợp nhiễm trùng ở đường tiết niệu cấp tính.

- Trẻ thường đái dầm vào ban đêm, khi ngủ say. Nếu trẻ lớn hơn 4 tuổi vẫn còn đái dầm vào ban ngày có thể là dấu hiệu bệnh thần kinh bàng quang và cần chuyển chuyên khoa để chẩn đoán kỹ hơn.
- Tìm hiểu về tiền sử gia đình. Đái dầm thường có khuynh hướng xuất hiện ở những gia đình mà các thế hệ trước đây cũng đã từng đái dầm.
- Dùng que thử nước tiểu để kiểm tra *glucose* và *protein* niệu. Lấy mẫu nước tiểu và nuôi cấy nếu có nghi ngờ nhiễm trùng đường tiết niệu.

Không cần điều trị bằng thuốc nếu như trẻ không có bất cứ dấu hiệu bệnh lý thực thể nào. Một số biện pháp sau đây có thể giúp cải thiện vấn đề:

- Không cho trẻ uống nước nhiều vào buổi tối, trước giờ đi ngủ.
- Nhắc nhở hoặc đưa trẻ đi tiểu tiện trước giờ ngủ.
- Sau khi ngủ khoảng 2 – 3 giờ nên đánh thức trẻ dậy đi tiểu tiện. Lặp lại nhiều lần để tập thành thói quen cho trẻ.
- Không nên rầy la hoặc làm cho trẻ cảm thấy xấu hổ vì đái dầm. Điều này tạo ra tâm lý mặc cảm, lo sợ và càng làm cho trẻ mất tự tin, càng làm cho vấn đề trở nên trầm trọng hơn.
- Với những trẻ đã lớn, khoảng 7 – 10 tuổi, có thể hướng dẫn trẻ tự đánh dấu vào một bảng theo dõi

những đêm có đái dầm trong tháng. Điều này giúp trẻ có sự cố gắng tự cải thiện và tự thấy được mức độ tiến triển của mình, do đó có ý nghĩa khuyến khích rất lớn.

MẮT NGỦ

Mắt ngủ có thể là vấn đề phổ biến ở trẻ em với những mức độ khác nhau. Trẻ có thể không chịu ngủ đúng giờ, hay thức giấc nhiều lần trong đêm, hoặc thức dậy rất sớm. Trong hầu hết trường hợp, đây chỉ là vấn đề thói quen và được giải quyết đơn giản với sự điều chỉnh thích hợp, trừ một số ít trường hợp có nguyên nhân cụ thể, chẳng hạn như bệnh tật hay những ám ảnh tâm lý.

- Tập cho trẻ thói quen đi ngủ đúng giờ với ý thức kỷ luật, không cho phép trẻ vi phạm quy định về giờ ngủ.
- Khi trẻ vi phạm quy định về giờ ngủ, hãy tỏ rõ thái độ cứng rắn để trẻ hiểu là sẽ không được nhượng bộ về vấn đề này.
- Đảm bảo những điều kiện thích hợp cho giấc ngủ của trẻ như ánh sáng, sự yên tĩnh, nhiệt độ phòng...
- Khích lệ trẻ những lần đi ngủ đúng giờ, chẳng hạn như khen thưởng, nhưng đừng bao giờ trừng phạt trẻ vì không ngủ.
- Tốt nhất là nên ngừng mọi hoạt động của gia đình vào sau giờ trẻ đi ngủ. Không thể đòi hỏi trẻ ngủ

yên trong khi bạn vẫn còn để đèn sáng, trò chuyện trong phòng khách hay làm một công việc nào đó...

- Thay đổi thói quen, cụ thể là giờ ngủ của trẻ, không phải là vấn đề có thể thực hiện trong một vài hôm. Bạn cần có sự kiên trì và quyết tâm cho đến khi trẻ hoàn toàn quen thuộc với yêu cầu mới.
- Đưa trẻ đi khám bệnh nếu vấn đề kéo dài kèm theo những biểu hiện bệnh lý bất thường khác.

HẦM TÃ

Là tình trạng vùng da nơi quần tã lót của trẻ bị đau rát, xuất hiện nhiều đốm nhỏ màu đỏ, đôi khi có thể phát triển thành những vùng phỏng giộp và rỉ nước do nhiễm trùng hay nhiễm nấm.

Nguyên nhân thường là do da non của trẻ bị kích thích bởi tã ướt nước tiểu, hoặc để quá lâu không thay. Hầu hết trẻ em đều có thể bị hăm tã, nhưng những trường hợp bệnh hay khi bị tiêu chảy thường làm cho trẻ dễ bị hăm tã hơn. Ngoài ra, một số trẻ em có vẻ như dễ bị hăm tã hơn những trẻ em khác. Nhiễm nấm *Candida* thường là vấn đề rất dễ kèm theo với hăm tã.

- Giữ tã khô bằng cách thay tã cho trẻ thường xuyên và ngay sau khi trẻ làm ướt tã, tránh không để da trẻ phải tiếp xúc quá lâu với nước tiểu.

- Thỉnh thoảng nên có những quãng thời gian thích hợp không dùng tã để bề mặt da ở vùng quấn tã được thông thoáng.
- Mỗi lần thay tã đều phải rửa sạch và lau khô vùng quấn tã trước khi quấn tã mới vào.
- Nếu có dấu hiệu nhiễm nấm, có thể dùng kem chống nấm. Bôi đều kem lên da mỗi lần thay tã.
- Viêm da do nấm *Candida* thường có biểu hiện ban đỏ trên da với các vùng tổn thương chung quanh và thường ảnh hưởng đến những chỗ có nếp gấp da, trong khi viêm da do *amoniac* trong nước tiểu thường không ảnh hưởng đến những nếp gấp da. Có thể dùng một loại kem *imidazol* hay kem *nystatin* kết hợp với một loại kem có *steroid*, chẳng hạn như *Timodin* để bôi lên tổn thương.

KHÁM SỨC KHỎE TRƯỚC TUỔI ĐI HỌC

Lần khám sức khỏe này là một trong những lần kiểm tra thường bị bỏ qua khi các bậc cha mẹ không nhận thấy có gì bất thường ở trẻ. Mặc dù vậy, không nên chủ quan khi quyết định bỏ qua lần kiểm tra này, vì có thể có những phát hiện quan trọng giúp xử trí kịp thời các vấn đề bất ổn nếu có.

Yêu cầu khám sức khỏe trước tuổi đi học thường bao gồm:

- Khám và thăm dò tổng quát để phát hiện bất cứ vấn đề bất ổn nào về thể chất cũng như tinh thần.
- Kiểm tra sự tăng trưởng bình thường về thể chất qua ghi nhận trọng lượng cơ thể và chiều cao.
- Kiểm tra sự phát triển bình thường của thị giác, thính giác, khả năng sử dụng ngôn ngữ và năng lực ứng xử, giao tiếp của trẻ.
- Kiểm tra tim và 2 tinh hoàn.
- Các xét nghiệm chẩn đoán chi tiết hơn chỉ cần thiết khi có những dấu hiệu đáng nghi ngờ hoặc làm cho các bậc cha mẹ không yên tâm.
- Kiểm tra việc thực hiện lịch tiêm chủng.

CÁC VẤN ĐỀ VỀ HÔ HẤP

Sổ mũi

Rất hiếm khi phải dùng đến thuốc kháng sinh. Có thể dùng xi-rô *paracetamol* để giúp trẻ giảm bớt sự khó chịu. Nếu trẻ khó bú, có thể dùng thuốc chống ngạt, chẳng hạn như dung dịch nhỏ mũi trẻ em *xylometazolin*, 2 giọt mỗi bên mũi, mỗi ngày 3 lần. Chỉ dùng tối đa không quá một tuần.

Ho

Ngoại trừ các trường hợp có triệu chứng rõ ràng như ho gà, viêm phổi... hầu hết các trường hợp ho ở trẻ em thường là viêm tiểu phế quản hay viêm tắc thanh quản.

Viêm tiểu phế quản

Viêm tiểu phế quản thường gây ho kích thích, làm trẻ thở nhanh, khó bú, nhất là khi có kèm theo sổ mũi. Thăm khám nghe thấy tiếng khò khè, nhất là khi thở ra.

Chăm sóc tốt cho trẻ là yêu cầu quan trọng. Điều trị kháng sinh thường không có hiệu quả. Chuyển đến chuyên khoa nếu các triệu chứng trở nên trầm trọng hay trẻ tỏ ra rất mệt, khó bú.

Viêm tắc thanh quản

Viêm tắc thanh quản thường kèm theo sốt, sổ mũi, đau họng, kèm theo có thở rít và ho khan. Chăm sóc tốt bằng cách giữ trẻ trong phòng ẩm và ấm, bằng cách xông hơi nước nóng trong phòng. Các triệu chứng thường giảm nhẹ trong vòng 10 – 20 phút sau đó. Điều trị kháng sinh thường không có hiệu quả. Chuyển đến chuyên khoa nếu trẻ bị co rút gian sườn hay tỏ ra rất mệt.

Hen phế quản ở trẻ dưới 5 tuổi

Hen phế quản có thể được phát hiện và điều trị sớm ở trẻ em dưới 5 tuổi. Tuy nhiên, điều này chưa được xác định là có ảnh hưởng hay không đến sự phát triển về sau của căn bệnh này.

- Cần chẩn đoán phân biệt giữa cơn hen phế quản với các trường hợp nhiễm *virus* cấp tính gây ra cơn khó thở ở trẻ còn rất ít tuổi.

- Chẩn đoán hen phế quản ở trẻ em dưới 5 tuổi hầu như phải dựa hoàn toàn vào bệnh sử. Lưu ý đến các triệu chứng như:
 - Ho liên tục về đêm (ở trẻ còn ít tuổi).
 - Cơn thở khò khè, thường xuất hiện sau khi trẻ gắng sức, hoặc do nhiễm trùng đường hô hấp trên, hoặc bị kích thích bởi các tác nhân gây dị ứng.
- Tiến hành chụp X quang ngực nếu có nghi ngờ, chẳng hạn như khi trẻ nhiễm trùng ngực tái diễn nhiều lần hoặc đáp ứng kém với điều trị.
- Tránh các tác nhân gây dị ứng. Những người nghiện thuốc lá trong gia đình nên bỏ thuốc.
- Để làm giãn phế quản, có thể cho trẻ dưới 2 tuổi dùng loại ống hít có định lượng với khoảng cách thích hợp giữa 2 lần hít. Xi-rô làm giãn phế quản, (chẳng hạn như *salbutamol* 2mg, mỗi ngày 3 lần và vào lúc có cơn hen) thường có nhiều tác dụng phụ hơn và kém hiệu quả, nhưng vẫn được ưa chuộng dùng hơn trong các ca bệnh nhẹ hoặc với mục đích điều trị thăm dò để chẩn đoán. Trẻ từ 3 – 5 tuổi có thể cho dùng ống hít với khoảng cách thích hợp giữa 2 lần hít.
- Máy khí dung phun mù ít khi cần đến vì loại ống hít định lượng ngắt quãng rẻ tiền hơn mà vẫn có hiệu quả tương đương.

- Hướng dẫn các bậc cha mẹ biết cách tự xử trí các cơn hen của trẻ trong chừng mực mà họ có thể thực hiện được.
- Thường xuyên kiểm tra sự thích hợp của việc dùng thuốc, kỹ thuật sử dụng ống hít và những vấn đề gây lo lắng cho cha mẹ đứa trẻ, nhất là trước khi có sự thay đổi liều điều trị tăng hay giảm.
- Việc sử dụng thuốc tùy thuộc vào mức độ các triệu chứng, với gợi ý các mức độ từ nhẹ đến nặng như sau:
 - Mức nhẹ: Chỉ sử dụng một loại thuốc giãn phế quản, chẳng hạn như *salbutamol* 200µg, vào những lúc cần thiết, mỗi ngày không quá một lần.
 - Mức trung bình: Ngoài thuốc giãn phế quản như trên, cho dùng thêm *cromoglycat* bằng cách sử dụng ống hít định lượng ngắt quãng, với liều 10mg mỗi ngày 3 lần, hoặc một loại thuốc hít có *steroid*, chẳng hạn như *beclomethason* tối đa 400µg mỗi ngày, hoặc *fluticason* tối đa 200µg mỗi ngày.
 - Mức nặng: Chuyển bác sĩ chuyên khoa để xem xét tăng liều sử dụng thuốc hít có *steroid*, hoặc sử dụng thêm một loại thuốc chủ vận *beta* (chất kích thích thụ thể *beta* có tính chọn lọc cao) có tác dụng kéo dài, chẳng hạn như *salmeterol* hay thuốc *xanthin* giải phóng từ từ. Cũng có thể phải dùng thêm một loại *steroid* dạng viên uống.

- Trong những trường hợp cần phải nhanh chóng kiểm soát triệu chứng, sử dụng ngay một liệu trình 5 ngày với *prednisolon* dạng hòa tan với liều 1 – 2mg cho mỗi *kilogram* trọng lượng cơ thể ở trẻ dưới 1 tuổi, và 20mg mỗi ngày cho trẻ từ 1 – 5 tuổi.

Co giật

Là tình trạng trẻ bị mất ý thức tạm thời, chân tay co giật không kiểm soát được, thường kéo dài trong vài phút nhưng cũng có thể lâu hơn. Co giật khá phổ biến ở trẻ em. Có những trường hợp co giật không có sốt và những trường hợp co giật xảy ra khi bị sốt cao. Thống kê cho biết là trong khoảng 20 trẻ em thì có 1 em đã từng bị co giật do sốt cao, thường gọi là làm kinh.

Co giật không do sốt

- Với những trẻ em dưới 6 tháng tuổi, khi xảy ra co giật không do sốt đều cần phải đưa vào theo dõi và điều trị tại bệnh viện.
- Trẻ lớn tuổi hơn bị co giật không do sốt thường liên quan đến các vấn đề thần kinh, cần chuyển đến chuyên khoa thần kinh để chẩn đoán.
- Không nên để cho những trẻ em đã từng bị động kinh đi xe đạp. Có thể cho phép các em bơi lội, nhưng phải có sự theo dõi của người lớn.
- Khoảng hơn 60% trường hợp co giật ở trẻ em có khuynh hướng tự thuyên giảm. Có thể tham khảo ý

kiến bác sĩ để ngừng dùng thuốc chống co giật nếu trẻ không còn co giật trong vòng 2 – 3 năm.

- Trong trường hợp xảy ra co giật, cần có các biện pháp xử trí tức thời như sau:
 - Đảm bảo giữ thông đường thở của trẻ.
 - Sử dụng *diazepam* tiêm tĩnh mạch chậm với liều 0,3mg cho mỗi *kilogram* trọng lượng cơ thể của trẻ, hoặc dùng qua đường trực tràng với liều 2,5mg cho trẻ dưới 1 tuổi, 5mg cho trẻ từ 1 – 3 tuổi, và 10mg cho trẻ lớn hơn 3 tuổi.
 - Chuyển ngay đến bệnh viện nếu cơn co giật vẫn tiếp tục.

Co giật do sốt

Co giật do sốt – hay thường gọi là làm kinh – là tình trạng khá phổ biến, với khoảng 5% trẻ em chịu ảnh hưởng của tình trạng này. Co giật do sốt có thể xảy ra ở trẻ từ 6 tháng cho đến 5 tuổi, nhưng thường gặp nhất là vào năm 2 tuổi.

Nguyên nhân sốt cao gây co giật ở trẻ là do cơ chế điều nhiệt của não chưa đủ trưởng thành, nên thân nhiệt có thể tăng quá nhanh khi trẻ bị các trường hợp nhiễm trùng. Thân nhiệt tăng nhanh đột ngột sẽ kích thích các tế bào não, làm phát ra các xung động đến các cơ và làm cơ co thắt lại. Cơn co giật do sốt không có tổn thương não đi kèm, cần chẩn đoán phân biệt với các trường hợp co

giật do viêm não hoặc viêm màng não, khi hệ thần kinh trung ương bị tổn thương do nhiễm trùng.

- Do cơ chế vừa giải thích trên, nên sốt cao gây co giật ở trẻ thường xuất phát từ một nguyên nhân nhiễm trùng, thường gặp nhất là nhiễm trùng đường hô hấp trên. Tuy nhiên, cũng cần chẩn đoán loại trừ ngay các trường hợp nhiễm trùng cấp tính.
- Chẩn đoán loại trừ viêm màng não. Khám kỹ tai và họng, tìm các dấu hiệu nhiễm trùng. Khám ngực, khám bụng.
- Có thể cần gửi mẫu nước tiểu để nuôi cấy.
- Chuyển ngay đến bệnh viện trong các trường hợp:
 - Trẻ dưới 18 tháng tuổi.
 - Có dấu hiệu nghi ngờ viêm màng não.
 - Cơn co giật kéo dài hơn 10 phút.
 - Trẻ có dấu hiệu rất mệt.
 - Có những dấu hiệu thần kinh dai dẳng.
 - Trong một cơn sốt nhưng có đến 2 lần co giật hoặc nhiều hơn.
- Có thể để trẻ nghỉ ngơi tại nhà nếu như cơn co giật kéo dài không quá 10 phút và sau đó trẻ hồi phục hoàn toàn.
- Khoảng 30 – 40% trẻ em bị co giật do sốt có nguy cơ tái phát cơn co giật tiếp theo trong vòng 6 tháng sau đó. Có thể ngăn ngừa việc xảy ra cơn co giật

bằng cách giữ cho thân nhiệt của trẻ không lên quá cao, cụ thể là:

- Điều trị kịp thời các bệnh nhiễm trùng.
- Ngay khi có dấu hiệu trẻ bắt đầu sốt, cho trẻ mặc quần áo thoáng mát, dùng khăn thấm nước ấm lau mặt và lau khắp thân hình, dùng quạt để quạt mát, giúp trẻ thoát nhiệt nhanh. Đặt trẻ nằm trong phòng thoáng mát.
- Cho trẻ uống *paracetamol* đúng liều quy định. Có thể dùng tiếp một liều thứ 2 sau 4 – 6 giờ nếu trẻ chưa hết sốt.

BẢO VỆ TRẺ

Thống kê cho thấy là ở độ tuổi từ 1 đến 15 tuổi, số trẻ em bị chết vì tai nạn nhiều hơn số trẻ em chết vì bệnh tật. Nhiều tai nạn có thể phòng tránh được nếu như chúng ta biết tuân theo một số các quy trình an toàn, dạy cho trẻ biết cách tránh những nguy hiểm khi đi trên đường phố hoặc trên sân chơi, và hạn chế tối đa những nguyên nhân gây nguy hiểm cho trẻ.

Bản chất tự nhiên của trẻ con là tò mò. Ngay cả môi trường trong nhà cũng có rất nhiều nguyên nhân có thể gây nguy hiểm, chẳng hạn như các ổ cắm điện, dây điện, lưỡi dao cạo, cửa kính, phòng tắm, hồ bơi, các dụng cụ thông thường để tự sửa chữa đồ gia dụng, dụng cụ làm vườn...

Khi trẻ lớn dần lên, yêu cầu về an toàn cũng cần thay đổi cho phù hợp. Chẳng hạn như, một đứa trẻ vừa chập chững biết đi cần phải được bảo vệ tránh leo lên các bậc cầu thang hoặc đến gần các góc bàn nhọn, trong khi một đứa trẻ lớn hơn cần phải được dạy cho biết cách đi xe đạp và sự an toàn trên đường phố.

Các loại thuốc phải được cất giữ trong tủ thuốc ngoài tầm tay của trẻ, và tốt nhất là phải được khóa lại. Các loại thuốc dùng theo toa bác sĩ không được cất giữ trong nhà với mục đích dự phòng, và các loại thuốc bán tự do phải đảm bảo là không quá hạn. Khi cần thái bỏ thuốc, phải đảm bảo không bỏ ở những nơi mà trẻ có thể lấy được.

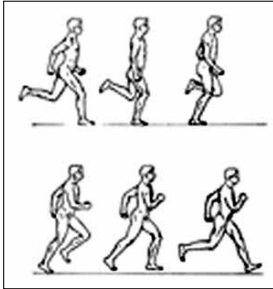
Bong lửa và bong nước sôi là những nguyên nhân chính có thể nghiêm trọng đến mức gây ra các trường hợp tử vong. Phải dạy cho trẻ biết tránh xa bếp lò. Một khung bếp cao có thể giúp giảm bớt nguy cơ trẻ sờ vào xoong chảo nóng đang nấu. Tay cầm của xoong chảo phải xoay vào phía trong hay phía sau khung bếp. Các nguyên liệu nấu ăn có thể nguy hiểm đối với trẻ cần phải được giữ ở nơi an toàn, có khóa.

Nếu bạn có vườn cây quanh nhà, những hóa chất được dùng trong việc làm vườn sẽ rất nguy hiểm cho trẻ nếu chúng nuốt vào. Luôn luôn cất giữ những hóa chất này ở nơi an toàn và khóa kỹ. Nếu bạn vừa phun thuốc lên cây

CẨM NANG Y KHOA THỰC HÀNH

trồng, phải dạy cho trẻ biết là không được ăn các trái cây hay lá cây.

Cần phải dạy cho trẻ biết cách chơi các trò chơi một cách an toàn. Cầu trượt, đu quay hay bất cứ trò chơi vận động nào cũng đều có những nguy cơ rủi ro nhất định. Chỉ cho phép trẻ chơi những trò chơi thích hợp với lứa tuổi. Sân chơi phải có bề mặt mềm, chẳng hạn như cỏ xanh hoặc trái cát. Khi trẻ chơi nhất thiết phải có sự giám sát của người lớn.



BỆNH HỆ NỘI TIẾT

TIỂU ĐƯỜNG

Là tình trạng thiếu hoặc không có nội tiết tố *insulin* của tuyến tụy. *Insulin* là một trong những nội tiết tố giữ vai trò quan trọng trong việc hấp thụ *glucose* vào tế bào để đáp ứng nhu cầu năng lượng của tế bào và hấp thụ vào gan để dự trữ. Khi thiếu *insulin*, nồng độ *glucose* trong máu sẽ tăng cao bất thường, gây ra đa niệu và khát nhiều. Cơ thể mất khả năng sử dụng và dự trữ *glucose* gây ra sụt cân nhanh, đói, mệt mỏi. Tiểu đường gây rối loạn chuyển hóa chất béo và tăng thoái hóa các mạch máu nhỏ. Có hai loại tiểu đường khác nhau:

Tiểu đường type I

Là loại tiểu đường phụ thuộc *insulin*, người bệnh cần được điều trị bằng cách cung cấp *insulin*. Bệnh thường xuất hiện ở những người dưới 35 tuổi, thường gặp nhất là trong khoảng 10 – 16 tuổi. Bệnh tiến triển nhanh, các tế bào tiết ra *insulin* ở tụy bị hủy hoại và sự sản xuất *insulin* bị ngừng hoàn toàn. Nếu không được điều trị bằng cách cung cấp *insulin*, người bệnh sẽ suy sụp rất nhanh, đi vào hôn mê và tử vong.

Tiểu đường type II

Là loại tiểu đường không phụ thuộc *insulin*, người bệnh không cần được cung cấp *insulin*. Bệnh thường xuất hiện và tiến triển chậm, chủ yếu ở độ tuổi 40 – 45. Do bệnh tiến triển chậm, rất nhiều trường hợp người bệnh không được phát hiện và thường chỉ tình cờ biết được qua những lần khám sức khỏe định kỳ. Trong tiểu đường loại này, *insulin* vẫn được cơ thể sản xuất ra nhưng không đủ đáp ứng nhu cầu của cơ thể, nhất là với những người tăng cân quá mức. Đối với bệnh này, việc cung cấp *insulin* cho cơ thể thường không cần thiết, mà cần phải điều chỉnh chế độ ăn uống, sinh hoạt, giảm cân và kết hợp dùng thuốc để kiểm soát tình trạng bệnh.

Tiểu đường *type I* ít gặp hơn nhưng nguy kịch hơn, tiến triển nhanh hơn, và đặc biệt thường xuất hiện ở những người trẻ tuổi. Trong khi đó, tiểu đường *type II* thường gặp hơn, chiếm đến hơn 90% các trường hợp tiểu đường, nhưng bệnh tiến triển chậm và chỉ gặp ở độ tuổi trung niên và lớn tuổi. Cả hai trường hợp tiểu đường đều bị nghi ngờ là có liên quan đến yếu tố di truyền. Tiểu đường *type II* còn đặc biệt có mối liên quan đến béo phì. Khoảng 80% người bệnh tiểu đường *type II* có cân nặng vượt quá mức bình thường.

Bệnh tiểu đường nếu không được chẩn đoán và điều trị, kéo dài trong nhiều năm có thể dẫn đến bệnh võng mạc do tiểu đường, bệnh thần kinh ngoại biên và có nhiều

nguy cơ xơ vữa động mạch, cao huyết áp, rối loạn tim mạch. Do đó, việc chẩn đoán sớm và điều trị tích cực có ý nghĩa rất quan trọng.

Các yếu tố làm tăng nguy cơ bệnh tiểu đường

- Những người trên 65 tuổi.
- Những người quá cân hoặc béo phì.
- Có tiền sử gia đình về bệnh tiểu đường hay các bệnh tim mạch.
- Phụ nữ có tiền sử bị tiểu đường trong thai kỳ (tiểu đường thai nghén).
- Phụ nữ có tiền sử sinh con nặng hơn 4,5kg.
- Phụ nữ có tiền sử sẩy thai không rõ nguyên nhân.

Khi có các triệu chứng sau đây, cần tiến hành ngay các xét nghiệm chẩn đoán bệnh tiểu đường:

- Khát nước nhiều, đa niệu, sụt cân nhanh.
- Nhiễm trùng tái diễn, nhất là nhiễm trùng da.
- Các triệu chứng bệnh thần kinh, chẳng hạn như đau, mất cảm giác, dị cảm...
- Thay đổi đáng kể thị lực.
- Có các triệu chứng không giải thích được, chẳng hạn như mệt mỏi...

Chẩn đoán xác định bệnh tiểu đường

- Nồng độ đường được đo trong mẫu máu tĩnh mạch toàn phần.
 - Chẩn đoán xác định tiểu đường khi nồng độ đường trong máu lúc đói > 6,7mmol/L, hoặc khi nồng độ đường trong máu vào thời điểm ngẫu nhiên > 10mmol/L.
 - Chuyển bệnh nhân đến bệnh viện ngay nếu kết quả cho thấy nồng độ đường trong máu vào thời điểm ngẫu nhiên > 25mmol/L, hoặc bệnh nhân có *aceton*-niệu và thể trạng không được khỏe.
 - Tất cả phụ nữ có thai và trẻ em khi chẩn đoán xác định tiểu đường cũng cần chuyển đến điều trị tại bệnh viện.
 - Chẩn đoán không chắc chắn khi nồng độ đường trong máu lúc đói vào khoảng 5 – 6,6mmol/L, hoặc khi nồng độ đường trong máu vào thời điểm ngẫu nhiên vào khoảng 6,7 – 9,9mmol/L.
- Khi chẩn đoán không chắc chắn, cần tiến hành thử nghiệm dung nạp đường *glucose* qua đường uống. Cách thực hiện như sau:
 - Bệnh nhân không được hút thuốc lá và nên ăn khẩu phần chứa *carbohydrat* ở mức trung bình trong vòng 3 ngày.
 - Trong lúc bụng đói, vào sáng sớm, ăn vào 75g đường *glucose*, hoặc uống 350ml dung dịch *Lucozad*.

- Đo nồng độ đường *glucose* trong máu sau đó 2 giờ:
 - Nếu kết quả lớn hơn 10mmol/L, chẩn đoán xác định tiểu đường.
 - Nếu kết quả trong khoảng 6,7 – 10mmol/L, chẩn đoán tình trạng giảm dung nạp đường *glucose*. Những bệnh nhân này cần được tiếp tục theo dõi hàng năm. Khoảng 15% số bệnh nhân này sẽ phát triển thành bệnh tiểu đường trong vòng 10 năm sau đó.

Điều trị

- Mục tiêu của việc điều trị tiểu đường là:
 - Kiểm soát tốt các triệu chứng, giúp bệnh nhân duy trì sức khỏe.
 - Kiểm soát tốt nồng độ đường trong máu để ngăn chặn những biến chứng về lâu dài. Nồng độ đường trong máu cần phải được duy trì ở các mức:
 - Nồng độ vào lúc đói là 6,7mmol/L
 - Nồng độ tối đa < 10mmol/L
 - Nồng độ khoảng 2 giờ sau khi ăn < 6,7mmol/L
 - Ngăn ngừa xảy ra *glucose* niệu vào lúc đói.
 - Duy trì *HbA1c* dưới 7%.
 - Điều trị tích cực tình trạng cao huyết áp và tăng *cholesterol* trong máu.

- Phát hiện sớm các biến chứng nhằm giảm thiểu các nguy cơ:
 - Đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim và bệnh mạch máu não.
 - Loét chân và cắt cụt chi do bệnh mạch ngoại vi, bệnh thần kinh do tiểu đường.
 - Mất thị lực do bệnh võng mạc tiểu đường.
 - Suy thận do bệnh thận vì tiểu đường.
- Cung cấp cho người bệnh những chỉ dẫn kịp thời và hiệu quả trong chế độ ăn uống và sinh hoạt hằng ngày để có thể duy trì tốt sức khỏe trong thời gian điều trị.
- Bệnh nhân tiểu đường *type I* được khởi sự điều trị với liều *insulin* thích hợp tùy theo từng bệnh nhân và có sự điều chỉnh tăng giảm liều, với mục đích ngăn ngừa không để xảy ra tình trạng giảm *glucose*.
- Tăng liều *insulin* nếu *glucose* huyết lên cao và giảm liều *insulin* khi *glucose* huyết xuống thấp.
- Trường hợp giảm *glucose* huyết trong khoảng từ 10 giờ sáng đến bữa ăn trưa hoặc từ bữa ăn chiều cho đến giữa khuya là do đã dùng quá nhiều *insulin* loại tác dụng nhanh vào các giờ tương ứng sáng hoặc chiều. Giảm liều *insulin* khoảng 2 – 4 đơn vị.

- Trường hợp giảm *glucose* huyết từ 2 giờ chiều đến bữa ăn chiều hoặc từ giữa khuya đến trước bữa ăn sáng là do đã dùng quá nhiều *insulin* loại tác dụng kéo dài vào các giờ tương ứng buổi sáng hoặc buổi chiều. Giảm liều *insulin* khoảng 4 – 6 đơn vị.
- Giảm *glucose* huyết được điều trị bằng cách cho uống *glucose*. Nếu bệnh nhân bất tỉnh, điều trị với *glucose* 50% tiêm tĩnh mạch với liều 20 – 50ml, hoặc *glucagon* 1mg tiêm bắp thịt, tiêm dưới da hay tiêm tĩnh mạch. *Glucagon* nên được dự phòng để người có trách nhiệm chăm sóc bệnh nhân sử dụng vào trường hợp khẩn cấp.
- Bệnh nhân tiểu đường *type II* được điều trị khởi đầu với việc điều chỉnh chế độ ăn uống hợp lý, nhằm đến giảm cân trong trường hợp quá cân hoặc béo phì, và tránh dùng các loại đường tinh chế.
- Không nên sử dụng các loại viên uống hạ đường huyết hay *insulin* trước khi thử qua một chế độ ăn uống hợp lý ít nhất là 2 – 3 tháng, trừ khi bệnh nhân có thể trạng quá yếu ớt hoặc có mức đường huyết quá cao, vượt trên 25mmol/L.
- Đối với những bệnh nhân có cân nặng quá mức, có thể bắt đầu với một loại *metformin*, chẳng hạn như *Glucophage* 500mg, mỗi ngày 2 lần, với điều kiện đã kiểm tra chức năng gan và thận bình thường. Tăng liều mỗi tháng với mức độ thích

hợp, đến mức tối đa là 1g, mỗi ngày 2 lần. Dùng thêm một loại *sulphonylurea* (*Tonbutamide, Glibenclamide, Clopropamide, Gliclazide...*) để hạ đường huyết, nếu như *metformin* tỏ ra không đủ để kiểm soát đường máu.

- Đối với những bệnh nhân có cân nặng trung bình, cho dùng một loại *sulphonylurea*, chẳng hạn như *Glibenclamide*, 5mg mỗi ngày (2,5mg ở người già). Điều chỉnh liều dùng tùy theo mức độ đáp ứng của bệnh nhân, với liều tối đa là 15mg mỗi ngày. Cảnh báo bệnh nhân về nguy cơ giảm glucose huyết và hướng dẫn biện pháp xử trí khẩn cấp cho người có trách nhiệm chăm sóc bệnh nhân. Dùng thêm một loại *metformin* nếu vẫn chưa kiểm soát tốt được đường máu.
- Nếu như các loại viên uống hạ đường huyết và chế độ ăn uống hợp lý vẫn chưa mang lại hiệu quả kiểm soát tốt đường máu, có thể cần phải bắt đầu việc điều trị với *insulin*.

Theo dõi và chăm sóc bệnh nhân tiểu đường

- Bệnh nhân tiểu đường *type I* và những người có trách nhiệm chăm sóc bệnh nhân hằng ngày cần được hướng dẫn để có khả năng tự xử trí một số trường hợp cần thiết, nhất là phải biết cách tự theo dõi lượng đường trong máu tại nhà, kể cả *aceton*-niệu. Theo dõi nồng độ đường trong máu bằng cách

dùng giấy thử, tốt nhất là với một dụng cụ đo. Nên đo đường máu trước mỗi bữa ăn và trước khi đi ngủ.

- Những bệnh nhân tiểu đường *type II* lớn tuổi chỉ cần thử nước tiểu là đủ. Nên thử nước tiểu vào khoảng 2 giờ sau bữa ăn. Mỗi tuần chỉ cần thử nước tiểu một ngày với 3 lần thử liên tiếp sau 3 bữa ăn, tốt hơn là mỗi ngày đều thử nhưng chỉ thử một lần.
- Trong các trường hợp bệnh tái diễn nhiều lần, cần lưu ý:
 - Việc điều trị tiểu đường bằng *insulin* hay viên uống hạ đường huyết nhất thiết không được giảm liều hoặc bỏ sót trong suốt thời gian bệnh tái diễn. Bệnh nhân tiểu đường *type I* thường cần phải dùng nhiều *insulin* hơn trong những lần tái phát.
 - Bệnh nhân tiểu đường không điều trị bằng *insulin* (*type II*) thỉnh thoảng có thể bị nhiễm toan *ce-ton* trong thời gian bệnh tái phát, và khi đó có thể cần dùng *insulin*.
 - Khi bệnh tái phát, nên tăng thêm số lần tự theo dõi đường máu tại nhà.
 - Khuyến khích bệnh nhân uống nhiều nước hơn.
 - Nên duy trì chế độ ăn có lượng *carbohydrat* thích hợp hằng ngày, có thể dùng thức uống có *carbohydrat* nếu cần.

- Nếu mức đường *glucose* trong máu vượt trên 13mmol/L, hoặc lượng đường trong nước tiểu chiếm từ 2% trở lên, tăng thêm lượng *insulin* từ 2 – 4 đơn vị mỗi ngày cho đến khi kiểm soát trở lại được mức đường máu.
- Chuyển bệnh nhân đến bệnh viện nếu như bệnh nhân nôn và không thể uống nước, không dùng được *carbohydrat*, hoặc bị nhiễm toan *ceton* hay có dấu hiệu mất nước.
- Hướng dẫn bệnh nhân theo dõi và phát hiện những bất thường ở bàn chân, như những chỗ chai sần, móng chân mọc vào, ngón chân chai phồng...
- Hướng dẫn bệnh nhân về những dấu hiệu cảnh báo của giảm *glucose* huyết, như đứng không vững, khó tập trung, đau đầu, run rẩy...
- Hướng dẫn bệnh nhân về chế độ dinh dưỡng thích hợp, với các thức ăn thuộc nhóm *carbohydrat* phức hợp (đa phân tử) giàu chất xơ phải cung cấp ít nhất là 50% nhu cầu năng lượng. Các nguồn cung cấp *carbohydrat* đơn (đường đơn), chất béo, rượu và muối đều phải hạn chế tối đa. Những bệnh nhân có cân nặng quá mức cần phải xem xét đến một chế độ ăn kiêng thích hợp giúp giảm cân.
- Trong thời gian điều trị, bệnh nhân cần được thăm khám định kỳ ít nhất là 6 tháng một lần, với các yêu cầu kiểm tra như sau:

- Kiểm tra mức đường máu và nước tiểu do bệnh nhân tự theo dõi và ghi nhận.
- Đo lượng đường trong máu vào thời điểm ngẫu nhiên.
- Tính chỉ số trọng lượng cơ thể (*body mass index* – BMI) để xác định tình trạng quá cân hoặc béo phì. Nếu cần, đề nghị chế độ ăn kiêng để giảm cân.
- Kiểm tra *protein* niệu. Nếu có, gửi mẫu nước tiểu giữa dòng để soi kính hiển vi và nuôi cấy và đo lượng *creatinin* huyết thanh. Nếu lượng *protein* trong nước tiểu cao, đo *protein* trong nước tiểu 24 giờ. Nếu kết quả cao, chẩn đoán loại trừ các nguyên nhân không phải là bệnh thận do tiểu đường. Tăng cường việc kiểm soát triệu chứng tiểu đường và điều trị tích cực cao huyết áp ngay cả với triệu chứng nhẹ.
- Kiểm tra hàng năm nên thực hiện với các yêu cầu sau:
 - Huyết áp
 - Thị lực
 - Đáy mắt (làm giãn đồng tử bằng *tropicamid* 1%). Có thể nhờ kỹ thuật viên thực hiện soi đáy mắt hoặc chuyển chuyên khoa mắt để chụp đáy mắt.

- Xét nghiệm máu:
 - *HbA1c*
 - *Creatinine* huyết thanh
 - *Cholesterol* và *triglycerid* huyết thanh
- Kiểm tra chân:
 - Mạch
 - Phản xạ
 - Cảm giác rung và châm kim
 - Có dấu hiệu loét

RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TUYẾN GIÁP

Là tình trạng tuyến giáp hoạt động không bình thường do có bệnh. Có hai trường hợp rối loạn là nhược giáp, tuyến giáp hoạt động yếu đi, và cường giáp, tuyến giáp hoạt động gia tăng. Cả hai trường hợp rối loạn này đều dẫn đến nhiều rối loạn trong hoạt động chung của cơ thể, do chịu ảnh hưởng của hàm lượng các nội tiết tố được sản xuất bởi tuyến giáp, nhất là *thyroxine* (T_4).

NHUỘC GIÁP

Là tình trạng tuyến giáp hoạt động suy yếu, giảm mức độ sản xuất các nội tiết tố như *thyroxine* (hay *tetraiodothyronine* - T_4), *triiodothyronine* (T_3) và *calcitonine*. Giảm năng tuyến giáp thường gặp ở người lớn tuổi với những triệu chứng không đặc hiệu, do đó ngưỡng thử

nhược thường là thấp. Suy tuyến giáp ở trẻ em nếu không được phát hiện và điều trị sẽ dẫn đến chậm lớn, chậm phát triển sinh dục và ức chế sự phát triển bình thường của não.

Nguyên nhân

- Nhược giáp có thể là một bệnh tự miễn, do cơ thể tạo kháng thể chống lại tuyến giáp, làm giảm sản xuất nội tiết tố, chẳng hạn như trong trường hợp viêm tuyến giáp *Hashimoto*.
- Suy tuyến giáp cũng có thể do phẫu thuật cắt bỏ một phần tuyến giáp.
- Suy tuyến giáp cũng có thể do dùng *iod* đồng vị phóng xạ để điều trị cường giáp gây ra.
- Khoảng 1% người trưởng thành bị suy tuyến giáp không rõ nguyên nhân, phụ nữ lớn tuổi thường có tỷ lệ bệnh cao nhất.

Chẩn đoán

- Nội tiết tố tuyến giáp kích thích tạo năng lượng. Do giảm sản xuất nội tiết tố tuyến giáp nên người bệnh thường có các dấu hiệu:
 - Mệt mỏi.
 - Ngủ nhiều.
 - Yếu cơ.

- Chuột rút.
 - Tim đập chậm.
 - Da khô và tróc vảy.
 - Rụng tóc.
 - Giọng nói khàn.
 - Tăng cân dạng mập do tích tụ mỡ.
 - Hội chứng phù niêm, da và các mô bị dày lên.
 - Phình tuyến giáp.
- Tùy theo mức độ nặng hay nhẹ của tình trạng suy tuyến giáp, các triệu chứng trên có thể xuất hiện ở các mức độ khác nhau. Suy tuyến giáp nhẹ có thể không có triệu chứng hoặc có rất mờ nhạt. Suy tuyến giáp nặng sẽ xuất hiện rõ nét tất cả các triệu chứng trên.
- Đo hàm lượng *TSH* (*hormon* kích thích tuyến giáp) huyết thanh để sàng lọc. Kết quả bình thường cho phép loại trừ cả hai khả năng nhược giáp và cường giáp.
- Nếu *TSH* cao, đo hàm lượng *thyroxine* (T_4) tự do trong máu. Nếu kết quả cho thấy T_4 thấp, chẩn đoán xác định nhược giáp.
- Trong giảm năng tuyến giáp tiềm ẩn, kết quả *TSH* huyết thanh cao nhưng hàm lượng T_4 tự do lại bình thường. Trong trường hợp này, việc bắt đầu cung

- cấp T_4 cho bệnh nhân vào lúc nào là tùy thuộc vào chỉ định của bác sĩ điều trị.
- Những khó khăn trong việc chẩn đoán bằng các xét nghiệm chức năng tuyến giáp ở người lớn tuổi thường do các bệnh không liên quan đến tuyến giáp hoặc do tác dụng của các loại thuốc đang sử dụng.

Điều trị

- Hầu hết các trường hợp giảm năng tuyến giáp ở người lớn tuổi có thể điều trị tốt. Nên đề nghị chuyển đến bệnh viện những bệnh nhân trẻ tuổi hoặc có thể trạng quá yếu ớt.
- Điều trị giảm năng tuyến giáp bằng *thyroxin* dạng viên uống. Bắt đầu với liều 100 μ g mỗi ngày (50 μ g cho bệnh nhân trên 50 tuổi). Dùng liều 25 – 50 μ g cho những bệnh nhân quá lớn tuổi hoặc có bệnh tim. Nếu khởi đầu với liều thấp hơn, mỗi tháng tăng liều 25 μ g mỗi ngày và giữ nguyên sau khi đạt đến 100 μ g mỗi ngày.
- Kiểm tra *TSH* mỗi tháng một lần. Ngừng thuốc ngay khi *TSH* trở lại bình thường.
- Liều duy trì thông thường là 100 – 150 μ g mỗi ngày. Với các bệnh nhân trẻ tuổi, nếu mức *TSH* đã được kiểm soát nên giảm liều *thyroxin* để tránh loãng xương.

- Trong thời gian điều trị, bệnh nhân cần được theo dõi kiểm tra hằng năm. Các xét nghiệm chức năng tuyến giáp phải được thực hiện ở những bệnh nhân trẻ tuổi, hoặc khi có nghi ngờ về mức độ điều trị thiếu hoặc thừa. Đo hàm lượng *TSH* huyết thanh là cách tốt nhất để theo dõi điều chỉnh việc điều trị bằng *thyroxin* vì phương pháp này cho phép đánh giá chức năng tuyến giáp trong những tuần trước đó. Tuy nhiên, mức T_4 huyết thanh thay đổi nhanh hơn so với mức *TSH*, vì thế mức T_4 có thể vẫn bình thường ngay cả khi bệnh nhân không tuân thủ việc điều trị trong thời gian trước đó và chỉ mới bắt đầu điều trị ngay trước thời điểm kiểm tra.

CƯỜNG GIÁP

Là tình trạng tuyến giáp gia tăng hoạt động, sản xuất quá nhiều nội tiết tố *thyroxin*.

Nguyên nhân

- Cường giáp có thể là một bệnh tự miễn, chẳng hạn như bệnh *Basedow* (hay bệnh *Grave*). Trong bệnh này, kháng thể của cơ thể kích thích sự sản xuất nội tiết tố của tuyến giáp. Đây là dạng cường giáp thường gặp nhất.
- Nguyên nhân hiếm gặp hơn là do tuyến yên tiết ra quá nhiều *TSH* (*hormon* kích thích tuyến giáp). Tình trạng này có thể xảy ra khi bị u tuyến yên.

- U tuyến giáp, trong một số trường hợp cũng đủ mức độ để gây cường giáp.

Chẩn đoán

- Phình tuyến giáp.
- Yếu cơ xương và cơ tim, có thể có loạn nhịp tim.
- Có cảm giác ăn ngon do tăng chuyển hóa, nhưng vẫn sụt cân.
- Lồi mắt, xuất hiện ở khoảng 30 – 50% bệnh nhân. Mắt lồi ra và phù nề mô quanh nhãn cầu làm mắt nhìn trùng trùng.
- Chẩn đoán xác định khi xuất hiện các triệu chứng bằng cách thực hiện các xét nghiệm. Đo hàm lượng *TSH* huyết thanh để sàng lọc. Nếu *TSH* giảm, tiếp tục tiến hành đo lượng T_4 tự do trong máu. Chẩn đoán xác định cường giáp khi kết quả cho thấy T_4 tự do có mức độ cao.
- Nếu mức T_4 tự do là bình thường, có thể cần tiếp tục đo mức T_3 (*triiodothyronine*) tự do để chẩn đoán chứng nhiễm độc T_3 . Có khoảng dưới 5% bệnh nhân cường giáp rơi vào trường hợp này.

Điều trị

- Điều trị tùy thuộc vào nguyên nhân gây cường giáp đã được chẩn đoán xác định.

- Trong khi chờ đợi kết quả chẩn đoán xác định, có thể dùng ngay một loại *propranolol* (*Inderal*, *Obsidan...*) viên 40mg, mỗi ngày 3 lần để nhanh chóng giảm nhẹ các triệu chứng, nếu điều đó là cần thiết. Dùng kết hợp với *carbimazol*.
- Liều điều trị có thể bắt đầu với *carbimazol*, 20 – 40mg mỗi ngày và duy trì cho đến khi bình giáp, thường là sau 4 – 8 tuần. Sau đó vẫn tiếp tục dùng thuốc nhưng giảm liều duy trì còn 5 – 15mg mỗi ngày. *Carbimazol* hiếm khi – nhưng có thể – gây mất bạch cầu hạt, với biểu hiện như đau họng.
- Thăm khám lâm sàng và đo hàm lượng T_4 huyết thanh 6 tháng một lần để đánh giá chức năng tuyến giáp.
- Khi quyết định ngừng điều trị, cần kiểm tra mức TSH và T_4 tự do để đánh giá chức năng tuyến giáp. Không cần thiết phải theo dõi bệnh nhân hơn một năm sau đó, nhưng cần cảnh báo bệnh nhân về khả năng xuất hiện trở lại các triệu chứng. Điều trị bằng *carbimazol* tiếp tục trong 18 tháng có thể giúp khỏi bệnh suốt đời.

BÉO PHÌ

Là tình trạng trọng lượng cơ thể vượt quá mức bình thường và không cân đối với chiều cao. Béo phì được xác định dựa theo chỉ số trọng lượng cơ thể (*body mass index*

– *BMI*). Cách tính chỉ số này là lấy trọng lượng cơ thể chia cho bình phương chiều cao.

Ví dụ: Một người cao 1,7 mét, nặng 65kg, sẽ có chỉ số trọng lượng cơ thể (*BMI*) là:

$$65 : (1,7 \times 1,7) = 22,5$$

Cũng với chiều cao này, nếu cân nặng đến 90kg, chỉ số *BMI* sẽ là:

$$90 : (1,7 \times 1,7) = 31$$

Căn cứ vào cách tính *BMI* như trên, người ta xác định tình trạng béo phì dựa theo chỉ số *BMI* như sau:

- Từ 25 – 29,9 : quá cân (hay béo phì độ I)
- Từ 30 – 39,9 : béo phì nhẹ (độ II)
- Trên 40 : béo phì nghiêm trọng (độ III)

Béo phì đang là vấn đề gây lo ngại ở nhiều nước trên thế giới, đặc biệt là các nước phát triển. Khoảng 30% dân số nước Anh bị béo phì độ I, khoảng 3% béo phì độ II và 0,3% béo phì độ III. Tại Hoa Kỳ, trước năm 1960 có 31% dân số bị béo phì. Tỷ lệ này tăng thêm 13% trong năm 1960, và tăng gấp đôi trong khoảng từ năm 1980 – 2000. Riêng số trẻ em và thanh thiếu niên bị béo phì gần như đã tăng gấp 3 lần trong thời gian này.

Các chuyên gia y tế đã xác định mối tương quan giữa tình trạng béo phì và sức khỏe. Tỷ lệ tử vong vì các loại bệnh tật khác nhau tăng gấp đôi ở những người có chỉ số *BMI* là 35, và tăng vọt theo cấp số nhân khi chỉ số *BMI*

tăng cao hơn nữa. Tại Hoa Kỳ, thống kê cho thấy có đến 70% các trường hợp bệnh tim liên quan đến béo phì, và những người béo phì được xác định là có nguy cơ bị cao huyết áp cao gấp 2 lần so với người bình thường. Phụ nữ béo phì cũng có nguy cơ bị ung thư vú cao gấp 2 lần so với người không bị béo phì.

Béo phì không phải là bệnh, nhưng là nguyên nhân làm cho rất nhiều bệnh trở nên trầm trọng hơn, trong đó các bệnh nguy hiểm nhất là:

- Cao huyết áp
- Bệnh tim thiếu máu cục bộ
- Tiểu đường
- Các bệnh đường hô hấp
- Viêm khớp
- Sỏi mật
- Giãn tĩnh mạch

Các biện pháp giảm cân

- Nguyên tắc đầu tiên để giảm cân là số năng lượng đưa vào cơ thể (tính bằng *calori*) phải thấp hơn số *calori* tiêu thụ trong ngày. Như vậy, một mặt cần phải giảm cung cấp năng lượng qua thức ăn, một mặt cũng cần phải gia tăng mức tiêu thụ *calori* hằng ngày bằng cách tăng cường hoạt động cơ thể.
- Xác định một chế độ ăn uống thích hợp với những nguyên tắc chung cần được tuân thủ hết sức nghiêm

ngặt, chẳng hạn như giảm thịt động vật, mỡ béo, tăng chất xơ (*fiber*), nhiều rau cải, trái cây, ngũ cốc... Nên có sự tư vấn của một chuyên gia dinh dưỡng hoặc bác sĩ điều trị trước khi chọn lựa một chế độ ăn uống thích hợp để theo đuổi.

- Không nên yêu cầu giảm cân quá nhanh. Với chế độ ăn uống cung cấp không quá 1000 *calori* mỗi ngày, người bệnh có thể hy vọng giảm cân từ 0,5 – 1kg mỗi tuần.
- Chế độ ăn gợi ý thích hợp với đa số người béo phì thường cung cấp từ 1200 – 1500 *calori* mỗi ngày, trong đó thành phần thức ăn thuộc nhóm *carbohydrat* chiếm 60%, chất béo (tốt nhất là từ nguồn thực vật hoặc chất béo chưa bão hòa) chiếm 30%, và chất đạm (vẫn là ưu tiên cho đạm thực vật) chiếm 10%. Theo chế độ ăn này trong vòng 20 tuần có thể sẽ giúp giảm được khoảng 10% trọng lượng cơ thể.
- Việc sử dụng thuốc để giảm cân đã được xác định là hoàn toàn không có lợi. Thuốc chỉ có tác dụng trong thời gian ngắn và có thể gây ra những rối loạn trong cơ thể.
- Cần điều chỉnh chế độ sinh hoạt thường ngày, gia tăng mức độ hoạt động như đi bộ, chạy bộ, giảm thời gian nằm hoặc ngồi, đặc biệt là phải duy trì đều đặn việc tập thể dục buổi sáng. Tốt nhất là nên chọn một môn thể thao thích hợp để tham gia thường xuyên.

Bệnh hệ thần kinh

CHÓNG MẶT

Là tình trạng rối loạn cảm giác thăng bằng, tạo ra ảo giác là mọi thứ chung quanh đang quay tròn theo chiều ngang hoặc theo chiều dọc. Cảm giác quay tròn này xảy ra ngay cả khi người bệnh nằm yên không cử động.

Người bệnh rất thường mô tả nhầm lẫn giữa những cảm giác choáng váng, ngầy ngất, dễ té ngã hay gập ngất xỉu với chóng mặt. Do đó, cần hỏi kỹ về cảm giác thực sự của người bệnh để xác định có đúng là chóng mặt hay không.

Chóng mặt không phải là bệnh, mà là triệu chứng xuất hiện trong một số bệnh khác nhau. Chóng mặt thường kèm theo cảm giác buồn nôn, và trong một số trường hợp có thể có rung giật nhãn cầu.

Nguyên nhân

- Nguyên nhân thường gặp nhất là *viêm mê đạo tai (viêm ống bán khuyên)*. *Viêm mê đạo xương* thường xảy ra do một bệnh nhiễm trùng như cúm, viêm tai giữa...

- Những nguyên nhân hiếm gặp là:
 - Bệnh *Ménière*
 - Xơ vữa động mạch ở người già
 - U não, đột quy não
 - Cơ thiếu máu tạm thời
 - Thiếu năng động mạch sống nền
 - U thần kinh thính giác
 - Xơ cứng rải rác
 - Bệnh tâm thần, liên quan đến sự ám ảnh, sợ khoảng trống...

Chẩn đoán

- Viêm mê đạo tai thường kèm theo buồn nôn, nôn và rung giật nhãn cầu. Bệnh nhân bước đi lảo đảo, không vững. Viêm mê đạo xương thường xuất hiện sau một bệnh nhiễm trùng không được điều trị tốt như cúm, viêm tai trong hoặc viêm tai giữa.
- Bệnh *Ménière* thường gây ra từng đợt chóng mặt nghiêm trọng, có thể làm người bệnh té ngã, kèm theo các biểu hiện như giảm thính lực, ù tai, rung giật nhãn cầu. Giảm thính lực hay ù tai cũng có thể là dấu hiệu của u thần kinh thính giác.
- Chóng mặt do xơ vữa động mạch ở người già thường xuất hiện vào những khi di chuyển đầu đột ngột.

- Chóng mặt do các nguyên nhân khác được chẩn đoán dựa vào các triệu chứng kèm theo.
- Chẩn đoán xác định thường cần phải khám mắt, khám tai và hệ thống thần kinh. Đôi khi cần chụp X quang cắt lớp não.

Điều trị

- Sau khi chẩn đoán loại trừ các trường hợp ác tính, cần trấn an bệnh nhân về tính chất tạm thời, thoáng qua của cơn bệnh. Hầu hết các trường hợp nghiêm trọng cũng chỉ kéo dài trong khoảng 2 – 3 ngày và thường bình phục hoàn toàn sau khoảng 6 tuần.
- Viêm mê đạo do các bệnh nhiễm trùng không được điều trị triệt để sẽ có nhiều nguy cơ tái phát. Do đó, cần điều trị tốt các bệnh nhiễm trùng, viêm mê đạo sẽ tự khỏi.
- Hướng dẫn bệnh nhân rèn luyện đi bộ nhiều hơn để cơ thể tự tạo khả năng bù trừ.
- Nếu cần điều trị triệu chứng, có thể chỉ định *prochlorperazin* dạng viên uống 5mg, mỗi ngày 3 lần, hoặc tiêm bắp thịt 12,5mg nếu bệnh nhân bị nôn nhiều.
- Khi có những dấu hiệu nghi ngờ trong chẩn đoán hoặc khi bệnh kéo dài hơn thời gian dự kiến, cần

chuyển bệnh nhân đến chuyên khoa để được chẩn đoán kỹ hơn.

ĐAU ĐẦU

Là một tình trạng được hiểu theo nghĩa rất bao quát, từ cảm giác hơi căng thẳng, khó chịu trong đầu cho đến những cơn đau dữ dội làm bệnh nhân phải ôm đầu lăn lộn. Trong hầu hết các trường hợp, đau đầu thường là phản ứng của cơ thể trước một nguyên nhân bất lợi nào đó, và rất hiếm khi là biểu hiện của bệnh lý nghiêm trọng. Có đến hơn 80% các trường hợp đau đầu là do căng thẳng, trong khi đó chỉ có khoảng 4 trong số 100.000 trường hợp đau đầu là do bệnh lý nghiêm trọng.

Khoảng 8 – 12% số người trưởng thành bị đau nửa đầu.

Nguyên nhân

- Nguyên nhân thường gặp nhất là do trải qua sự căng thẳng: làm việc căng thẳng quá lâu, hoặc ở quá lâu trong môi trường nhiều tiếng ồn, hoặc liên tục gặp phải những vấn đề gây lo lắng, bực dọc hay căng thẳng, hoặc sau một chuyến đi xa mệt mỏi...
- Các nguyên nhân bệnh lý rất đa dạng, thường gặp nhất là các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp trên, nhất là viêm xoang.
- Chứng đau nửa đầu.

- Đau răng.
- Chấn thương đầu.
- Viêm khớp xương ở cổ.
- Một số nguyên nhân hiếm gặp là:
 - U não
 - Xuất huyết dưới màng nhện
 - Cao huyết áp
 - Viêm động mạch thái dương
 - Phình động mạch ở não và tăng áp lực nội sọ
 - Viêm màng não

Chẩn đoán

- Chẩn đoán loại trừ các trường hợp ác tính dựa vào triệu chứng nghiêm trọng kèm theo.
- Nếu không có các triệu chứng nghiêm trọng kèm theo, việc chẩn đoán chủ yếu là theo dõi kỹ và kịp thời phát hiện các triệu chứng xấu khi chúng vừa xuất hiện.
- Đau đầu do căng thẳng được xác định qua tìm hiểu môi trường sinh hoạt, tính chất lặp lại của cơn đau đầu trong những điều kiện nhất định, mức độ không nghiêm trọng của cơn đau, cảm giác đau căng khắp đầu và cảm giác bó chặt hoặc nhạy cảm từng vị trí trên da đầu, thường không kèm theo buồn nôn.

- Chứng đau nửa đầu thường có những biểu hiện đặc trưng là:
 - Đau một bên đầu, đau dữ dội, ê ẩm, da đầu căng giật theo nhịp mạch và đau nặng hơn khi làm việc.
 - Buồn nôn hoặc nôn. Bệnh nhân có thể sợ tiếng động, sợ ánh sáng.
 - Cơn đau có thể kéo dài từ 4 – 72 giờ và lặp lại nhiều lần.
 - Rối loạn thị giác xuất hiện ở khoảng 20% các trường hợp đau nửa đầu.
- Các dấu hiệu nghiêm trọng cần lưu ý là:
 - Đau đầu đột ngột.
 - Đau đầu xuất hiện lần đầu tiên và đặc biệt nghiêm trọng.
 - Đau đầu tiến triển, càng lúc càng trầm trọng hơn.
 - Khởi phát đau đầu sau 50 tuổi.
 - Đau đầu có thay đổi mức độ ý thức.
 - Có chấn thương đầu trong thời gian gần đây.
 - Các dấu hiệu thực thể khác thường, đặc biệt là thần kinh khu trú.
 - Có triệu chứng của viêm màng não.
 - Các động mạch thái dương nhạy cảm đau.

- Không đáp ứng điều trị.
- Khi có một trong các dấu hiệu trên hoặc khi việc chẩn đoán có nghi ngờ, không chắc chắn, cần chuyển ngay bệnh nhân đến chuyên khoa.

Điều trị

- Đau đầu do căng thẳng chỉ cần nghỉ ngơi, dùng thuốc giảm đau nếu cần, và trấn an bệnh nhân về tính chất không nghiêm trọng của căn bệnh.
- Cơ đau nửa đầu thường khởi phát do một số tác nhân nhất định, chẳng hạn như do mệt mỏi, căng thẳng, do uống cà phê, rượu, khi bị khát hoặc đói.
 - Hướng dẫn bệnh nhân nhận ra các tác nhân và loại trừ là biện pháp tốt nhất để ngăn ngừa những cơn đau nửa đầu.
 - Các thuốc giảm đau chỉ có tác dụng hạn chế trong điều trị bước đầu. Có thể cho dùng *paracetamol*, *codein* và *dihydrocodein*.
 - Đôi khi cũng cần dùng thuốc chống nôn như *metoclopramid*. Cũng có thể sử dụng các loại thuốc kết hợp giảm đau và chống nôn, như *Migrave*.
 - Nếu các thuốc trên không mang lại hiệu quả, dùng một loại *ergotamin* như *Gynergen*, *Cornutam*in hoặc *Gynofort*, với liều 1 – 2 mg mỗi lần uống, sau nửa giờ dùng tiếp nếu cơn đau chưa giảm. Thuốc được dùng hạn chế, liều tối đa trong 24

giờ không được quá 6 mg và liều tối đa trong một tuần không được quá 12 mg.

- Điều trị dự phòng với những bệnh nhân đau thường xuyên có thể dùng *propranolol* 40 mg, mỗi ngày 2 – 3 lần, hoặc *pizotifen* 1,5 – 3 mg mỗi buổi tối.

ĐAU MẮT

Đau mắt có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau, nhưng thường không thể phân biệt rõ ràng. Một số bệnh nhân trầm cảm có thể bị đau mắt hoàn toàn do nguyên nhân tâm lý.

Nguyên nhân

- Đau dây thần kinh sinh ba
- Viêm xoang
- Nhiễm trùng răng hay răng bị lèn chặt
- Rối loạn chức năng khớp thái dương hàm dưới
- Đau nửa đầu
- Viêm động mạch thái dương (hiếm gặp)

Chẩn đoán

- Đau dây thần kinh sinh ba thường gây đau dữ dội, đau như bỏng rát hoặc như kim châm ở vùng phân bố của một hay nhiều nhánh của dây thần kinh sọ

não thứ V, đau một bên và đau nhiều hơn khi chạm nhẹ vào hoặc khi tiếp xúc với gió lạnh.

- Rối loạn chức năng khớp thái dương hàm dưới thường gây đau vùng trước tai, đau nhiều hơn khi ăn, thường kèm theo tiếng lục cục ở khớp.
- Đau do các nguyên nhân khác được chẩn đoán dựa vào những triệu chứng kèm theo.

Điều trị

- Đau dây thần kinh sinh ba thường chỉ cần dùng thuốc giảm đau. Hầu hết các trường hợp đều thuyên giảm sau vài tuần. Nếu đau nghiêm trọng, cho dùng *Carbamazepin* 100mg mỗi ngày 3 lần. Có thể tăng liều đến 200mg tùy theo đáp ứng của bệnh nhân. Một số trường hợp không đáp ứng điều trị có thể cần chuyển đến chuyên khoa để xem xét điều trị bằng phẫu thuật cắt nhánh dây thần kinh sinh ba bị ảnh hưởng.
- Rối loạn chức năng khớp thái dương hàm dưới thường ít khi phải điều trị bằng thuốc. Trấn an bệnh nhân về tính chất không nghiêm trọng của bệnh. Hướng dẫn bệnh nhân khi ăn nên chuyển sang nhai ở phía không đau, tránh các thức ăn cứng, tránh nhai quá lâu. Nếu đau nhiều có thể cho dùng một loại thuốc kháng viêm không *steroid*. Những trường hợp quá nghiêm trọng, chẳng hạn như hàm răng bị khóa chặt, nên chuyển đến chuyên khoa.

LIỆT BELL

Liệt *Bell* là sự tự phát đứt dây thần kinh chi phối các cơ bám da một bên mặt, tạo ra sự biến dạng của mặt ở phía bên này. Bệnh nhân có thể cảm thấy đau ở sau tai trước khi bị liệt, nhưng thông thường hơn là một bên mặt bị liệt mà hoàn toàn không có đau.

Chẩn đoán

- Loại trừ khả năng *herpes* bằng cách tìm dấu hiệu các mụn nước ở tai hay miệng.
- Kiểm tra xác định là bệnh nhân có thể nhắm mắt bên bị liệt để tránh cho giác mạc không bị hốt mòn. Nếu không, phải có hướng xử trí thích hợp.
- Kiểm tra các dây thần kinh sọ não khác để đảm bảo là vẫn bình thường.
- Các trường hợp tai biến mạch máu não liên quan đến *neuron* vận động của dây thần kinh sọ não thứ 7 cũng có thể gây liệt mặt tương tự, nhưng khác biệt ở điểm là bệnh nhân có thể nhướng lông mày bên phần mặt bị ảnh hưởng. Trong liệt *Bell* thì bệnh nhân không thể làm được điều này.

Điều trị

- Khoảng 65% trường hợp liệt *Bell* tự khỏi hoàn toàn trong vài tuần, không cần điều trị. Các trường hợp khác có thể mất thời gian lâu hơn để hồi phục.

- Có thể rút ngắn thời gian hồi phục bằng cách cho dùng *prednisolon* 40mg mỗi ngày, liên tục trong 1 tuần, sau đó giảm liều thấp dần sao cho sau 3 tuần nữa thì không còn dùng thuốc.
- Nếu bệnh nhân không thể nhắm mắt bên bị liệt, cho dùng nước mắt nhân tạo nhỏ vào mắt, chẳng hạn như *hypromellose*. Hướng dẫn bệnh nhân băng mắt vào buổi tối để tránh sẹo giác mạc.
- Nếu bệnh chuyển biến tốt hơn vào khoảng ngày thứ 10, đó là dấu hiệu tiên lượng tốt.
- Các bệnh nhân trẻ tuổi thường có tiên lượng tốt.
- Đối với các bệnh nhân bị liệt mặt kéo dài, co cứng hay mặt biến dạng nhiều, có thể cần xem xét đến khả năng phẫu thuật thẩm mỹ.

TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

Là tổn thương một phần não do không được cung cấp đủ máu hoặc do rỉ máu qua vách mạch. Điều này sẽ gây ảnh hưởng đến các cảm giác, vận động hay chức năng có liên quan đến vùng não bị tổn thương.

Tai biến mạch máu não là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các nước phát triển. Riêng tại Hoa Kỳ, tai biến mạch máu não là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba, và là nguyên nhân hàng đầu

gây ra các di chứng khuyết tật kéo dài suốt đời. Theo ước tính, mỗi năm có khoảng 700.000 người Mỹ bị tai biến mạch máu não. Mặc dù được chăm sóc với những điều kiện y khoa hiện đại nhất, trong số này vẫn có đến 25% phải tử vong. Nếu tính chung những thiệt hại vật chất do tai biến mạch máu não gây ra cũng như những chi phí chăm sóc sức khỏe để đối phó với tình trạng bệnh này, mỗi năm Hoa Kỳ phải tiêu tốn đến hơn 40 tỷ đô-la!

Nhìn chung, khoảng 50% bệnh nhân bị tai biến mạch máu não có hy vọng hồi phục gần như hoàn toàn sau lần tai biến đầu tiên. Một số khác hồi phục chậm hơn. Đa số bệnh nhân bị liệt vẫn có khả năng tập đi trở lại. Có khoảng 5% trường hợp để lại di chứng tàn tật suốt đời và bệnh nhân cần được chăm sóc lâu dài.

Nguyên nhân

- Như đã nói, tai biến mạch máu não xảy ra khi có sự thiếu máu ở một vùng não. Những nguyên nhân thường gặp gây ra tình trạng này là:
 - *Máu đông*: tắc nghẽn do cục máu đông tạo nên ở thành động mạch, do đó máu không thể được đưa đến để nuôi một vùng não nào đó. Khoảng 40 – 50% trường hợp tai biến mạch máu não là do nguyên nhân này.
 - *Nghẽn mạch*, hay *thuyên tắc mạch*, là tình trạng tắc nghẽn do một khối (thường là cục máu đông) trong động mạch não. Nguyên nhân này gây ra

khoảng 30 – 35% trường hợp tai biến mạch máu não.

- *Xuất huyết não*: do vỡ một mạch máu và chảy máu bên trong hoặc trên bề mặt não. Nguyên nhân này chiếm khoảng 20 – 25% các trường hợp tai biến mạch máu não, nhưng thường ảnh hưởng đến một vùng não rộng hơn, với những triệu chứng đột ngột và nghiêm trọng hơn, với tỷ lệ tử vong cũng cao hơn nhiều so với các nguyên nhân khác.
- Những yếu tố nguy cơ có thể xem là nguyên nhân gián tiếp dẫn đến các trường hợp tai biến mạch máu não là:
 - Cao huyết áp, làm suy yếu thành động mạch, tạo điều kiện cho mạch máu dễ dàng bị vỡ.
 - Xơ vữa động mạch, làm hẹp động mạch, tạo điều kiện cho các trường hợp tắc nghẽn dễ dàng xảy ra.
 - Các bệnh tim như rung nhĩ (một kiểu loạn nhịp tim), tổn thương van tim và nhồi máu cơ tim. Đây là các nguyên nhân tạo thành cục máu đông ở tim, rồi được di chuyển theo dòng máu đến não. Tại đây, khi động mạch đủ hẹp để cục máu bị giữ lại thì sự tắc nghẽn xảy ra.
 - Bệnh đa hồng cầu, tăng *lipid* máu, nghiện thuốc lá cũng là những nguyên nhân làm tăng nguy cơ

tai biến mạch máu não, vì chúng làm trầm trọng hơn các bệnh cao huyết áp và xơ vữa động mạch.

Chẩn đoán

- Các triệu chứng có thể xảy ra đột ngột và tiến triển rất nhanh, chỉ trong vài phút cho đến vài giờ, nhưng cũng có thể kéo dài đến vài ngày, tùy thuộc vào tính chất của tổn thương não.
- Các triệu chứng có thể xảy ra ở nhiều mức độ khác nhau, tùy thuộc vào vị trí, nguyên nhân và mức độ lan rộng của tổn thương. Các triệu chứng sau đây là thường gặp nhất:
 - Đau đầu
 - Choáng váng
 - Lú lẫn, giảm trí nhớ
 - Rối loạn thị giác
 - Nói khó hoặc không nói được
 - Khó nuốt
- Các triệu chứng sau đây xuất hiện trong trường hợp nghiêm trọng:
 - Mất ý thức nhanh chóng
 - Hôn mê
- Bệnh nhân có thể nhanh chóng tử vong hoặc bị các di chứng tàn tật không thể hồi phục về thể chất hoặc tâm thần.

- Tai biến mạch máu não ở bán cầu não ưu thế (thường là bán cầu trái ở người thuận tay phải) có thể gây rối loạn ngôn ngữ, tiếng nói.
- Tổn thương các vùng não điều khiển vận động ở bán cầu phải sẽ làm suy yếu hoặc liệt nửa người bên trái, và ngược lại. Liệt nhẹ một bên hoặc liệt nửa người là hậu quả của trường hợp tai biến mạch máu não nghiêm trọng.
- Nếu các triệu chứng xảy ra nhanh và chỉ tồn tại không quá 24 giờ, sau đó hồi phục hoàn toàn, giai đoạn này được gọi là cơn thiếu máu tạm thời.
- Chẩn đoán xác định cần chụp X quang cắt lớp não để loại trừ các trường hợp như u não, áp-xe não, viêm não hoặc xuất huyết dưới màng cứng.
- Chọc tủy sống để chẩn đoán loại trừ viêm màng não.
- Cần thực hiện các xét nghiệm để xác định nguyên nhân và mức độ lan rộng của tổn thương não:
 - Điện tâm đồ.
 - Xét nghiệm máu.
 - Chụp X quang ngực.
 - Chụp X quang mạch máu và chụp cộng hưởng từ.

Điều trị

- Bệnh nhân mất ý thức hoặc trong trạng thái lơ mơ cần được làm thông đường thở, nuôi ăn bằng truyền

- tĩnh mạch hoặc đặt ống thông mũi dạ dày. Thay đổi tư thế bệnh nhân thường xuyên để tránh viêm phổi hoặc loét da.
- Các trường hợp tai biến mạch máu não do thuyên tắc mạch, cho dùng thuốc chống đông máu hoặc làm tan cục máu đông.
- Điều trị bằng *aspirin* trong nhiều trường hợp tỏ ra rất hiệu quả trong việc giảm thấp nguy cơ tái phát.
- Các di chứng sau hồi phục như khả năng vận động và cảm giác có thể cần được điều trị bằng vật lý trị liệu. Những bệnh nhân rối loạn ngôn ngữ cần tập nói.
- Các bệnh nhân có nhiều nguy cơ tái phát cần được điều trị tốt các bệnh lý như cao huyết áp, tiểu đường, tăng *cholesterol* trong máu, và nhất là nên khuyên bệnh nhân bỏ thuốc lá.

RUN

Là tình trạng cử động theo nhịp xảy ra không tự ý ở các cơ, thường nhất là ở tay, chân, hàm, lưỡi hoặc đầu. Run xảy ra do tình trạng cơ thất xen kẽ nhanh với giãn cơ.

Nguyên nhân

- Những cơn run run tạm thời xảy ra hầu như ở tất cả mọi người, vào những lúc xúc động mạnh, do sự gia

tăng nội tiết tố *epinephrin (adrenalin)* của tuyến thượng thận.

- Run nhẹ và kéo dài thường xuất hiện ở người lớn tuổi hoặc đôi khi không rõ nguyên nhân.
- Run cũng có thể là tình trạng có liên quan đến yếu tố di truyền, thường gặp trong cùng một gia đình, với tính chất cơn run hơi mạnh và nhanh hơn (6 – 10 lần/giây).
- Run kéo dài có liên quan đến bệnh lý, run giật (4 – 5 cơ cùng vận động trong một giây) có thể là do hội chứng *Parkinson*.
- Run cũng là triệu chứng xuất hiện trong các bệnh xơ cứng rải rác, bệnh *Wilson*, cường giáp, ngộ độc thủy ngân, bệnh não do gan ở người nghiện rượu.
- Một số thuốc điều trị có tác dụng phụ gây run, như *amphetamin*, thuốc chống trầm cảm, *lithi*, *cafein*, *salbutamol*...

Chẩn đoán

- Chẩn đoán tùy theo nguyên nhân, loại trừ các trường hợp bệnh lý dựa vào những triệu chứng kèm theo.
- Run theo tư thế, chủ yếu là run nhẹ, nhanh, đặc biệt là ở hai bàn tay và run nhiều hơn khi duỗi cánh tay ra, thường là do xúc động mạnh hoặc do cường giáp. Các nguyên nhân bệnh lý tuy hiếm gặp

nhưng cần được chẩn đoán loại trừ qua xét nghiệm máu, kiểm tra chức năng tuyến giáp, đo lượng cồn trong máu, ngộ độc *carbon monoxid*. Cần tìm hiểu về các loại thuốc mà bệnh nhân đang dùng, chẳng hạn như *salbutamol*...

- Run khi nghỉ ngơi và giảm khi vận động thường là dấu hiệu của hội chứng *Parkinson*.

Điều trị

- Các trường hợp không có nguyên nhân bệnh lý không cần điều trị. Để giảm cơn run tạm thời, có thể cho bệnh nhân uống một ít rượu hoặc thuốc chẹn *beta*.
- Run nhẹ được điều trị chủ yếu bằng thuốc chẹn *beta propranolol (Inderal, Obsidan...)* 40mg, mỗi ngày 2 lần, tăng liều mỗi tuần tùy theo đáp ứng của bệnh nhân, cho đến 80 – 160mg một ngày.
- Chuyển chuyên khoa nếu như triệu chứng ngày càng trầm trọng hơn mặc dù đã sử dụng đủ liều thuốc chẹn *beta* như trên.

BỆNH PARKINSON

Bệnh lý rối loạn thần kinh kiểm soát các cơ, gây run tay, run chân, cứng và yếu cơ, khó giữ thăng bằng khi đi đứng. Hội chứng *Parkinson* là những trường hợp có các

triệu chứng tương tự như run, cứng đờ, khó nói hoặc nói lắp, cử động chậm chạp và da mặt trở không biểu lộ cảm xúc, nhưng có các nguyên nhân khác nhau như ngộ độc *carbon oxid*, *mangan*, thủy ngân... hoặc di truyền như trong bệnh *Wilson*, hoặc do dùng các thuốc an thần, thuốc chống trầm cảm... Hội chứng *Parkinson* cũng thường xuất hiện ở khoảng 1% những người trên 60 tuổi.

Thường thì giai đoạn đầu của bệnh *Parkinson* chưa gây ảnh hưởng đến trí năng, nhưng giọng nói có thể chậm và ngập ngừng, chữ viết trở nên rất nhỏ. Người bệnh rất thường bị trầm cảm. Khoảng một phần ba số bệnh nhân vào giai đoạn cuối có biểu hiện mất trí.

Nguyên nhân

- Cho đến nay nguyên nhân gây bệnh cụ thể vẫn chưa được xác định, mặc dù đã có nhiều nghiên cứu cho thấy là bệnh có liên quan đến yếu tố di truyền và các tác động từ môi trường cũng như sự phát triển không bình thường của tế bào.
- Quan sát tiến triển của bệnh cho thấy có nguyên nhân trực tiếp từ sự giảm sút trong sản xuất *dopamin* của một số tế bào thần kinh đặc biệt. Ở người bệnh *Parkinson*, các tế bào có chức năng sản xuất *dopamin* bị hủy diệt hàng loạt, dẫn đến giảm mạnh chất này trong cơ thể. Do thiếu *dopamin*, một số tế bào thần kinh liên quan không được kích thích đúng mức, dẫn đến người bệnh mất khả năng

kiểm soát các hoạt động của bản thân. Tuy nhiên, nguyên nhân của hiện tượng vừa nói trên vẫn chưa được làm rõ.

- Một công trình nghiên cứu được công bố tại Hoa Kỳ vào năm 2000 cho thấy ở người bệnh *Parkinson* còn có sự giảm số lượng các sợi thần kinh ở tim. Do đó, các nhà nghiên cứu tin rằng bệnh *Parkinson* cũng gây ảnh hưởng đến dây thần kinh ở các cơ quan khác nằm bên ngoài não bộ. Điều này giải thích một số các triệu chứng thường gặp ở bệnh này như tụt huyết áp, táo bón, khó tiểu...

Chẩn đoán

- Bệnh *Parkinson* tiến triển chậm. Các triệu chứng ban đầu mờ nhạt, ít được chú ý, thường chỉ run nhẹ ở một bàn tay, cánh tay hay một bên chân.
- Người bệnh thường run khi nghỉ ngơi và giảm run khi cử động hoặc làm việc.
- Dần dần, bệnh gây ảnh hưởng đến cả hai bên cơ thể, gây cứng, yếu và run cơ, làm người bệnh đi kéo lê chân và lão đảo, mất thăng bằng.
- Khi bệnh phát triển, bệnh nhân đi những bước ngắn, run rẩy và mất khả năng kiểm soát. Bàn tay cũng run liên tục, run nhiều hơn khi nghỉ ngơi và giảm bớt khi vận động.

- Run có thể lan đến đầu, làm người bệnh thường có dáng điệu gặt gù.
- Người bệnh có dáng điệu cứng nhắc, chậm chạp và dần dần trở nên khó khăn ngay cả khi thực hiện những công việc đơn giản trong sinh hoạt thường ngày như ăn uống, tắm rửa, thay quần áo...

Điều trị

- Cho đến nay vẫn chưa có thuốc điều trị bệnh *Parkinson*. Việc điều trị chủ yếu nhằm đến kiểm soát tốt các triệu chứng và làm chậm tiến triển của bệnh.
- *Levodopa* (hay *L-dopa*) là loại thuốc chính được sử dụng trong điều trị bệnh *Parkinson*. Tác dụng của thuốc dựa trên cơ chế là khi vào não chất này sẽ được chuyển thành *dopamin*. Tuy nhiên, khi dùng đơn độc có đến 95% thuốc được cơ thể chuyển hóa thành *dopamin* trước khi vào được não bộ, do đó gây ra nhiều tác dụng phụ hơn là tác dụng điều trị chính. Để khắc phục nhược điểm này, người ta dùng kết hợp *levodopa* với *carbidopa*, giúp tăng thêm lượng *levodopa* đến não trước khi chuyển thành *dopamin*. Các loại thuốc kết hợp theo cách này hiện được dùng phổ biến là *Sinemet*, *Atamet*... Ngoài ra còn có loại thuốc tương tự kết hợp *carbidopa* và *benserazid* được bán với nhãn hiệu *Madopar* cũng rất có hiệu quả trong điều trị bệnh *Parkinson*.

- Nên bắt đầu với liều *L-dopa* thấp nhất, 100mg mỗi ngày một lần. Tùy theo sự đáp ứng của bệnh nhân, tăng liều sau nhiều tuần cho đến khi đạt hiệu quả điều trị tốt nhất, có thể đến 400 – 800mg/ngày, chia ra nhiều lần. Lưu ý các tác dụng phụ của thuốc có thể là buồn nôn, nôn, biếng ăn và giảm huyết áp tư thế.
- Nếu cần thiết có thể dùng thêm các thuốc chống tiết *cholin* tổng hợp, chẳng hạn như *trihexyphenidyl* (*Triphenidyl*, *Artane*...), *benzhexol*... Các thuốc này có tác dụng tốt với những bệnh nhân vừa bị cứng đờ vừa bị run. Liều khởi đầu 2mg, mỗi ngày 2 lần, tăng dần cho đến 5mg, mỗi ngày hai lần. Lưu ý tác dụng phụ của thuốc có thể gây khô miệng, buồn nôn, chóng mặt, táo bón, khó điều tiết mắt, mạch nhanh.
- Các trường hợp sau đây nên chuyển bệnh nhân đến bác sĩ chuyên khoa hoặc đề nghị điều trị tại bệnh viện:
 - Bệnh nhân còn trẻ tuổi.
 - Chẩn đoán không chắc chắn.
 - Không đáp ứng với điều trị.
 - Bệnh nhân không chịu được các tác dụng phụ của thuốc.

- Điều trị có hiệu quả trong thời gian đầu nhưng sau đó bệnh tiến triển và điều trị không còn mang lại hiệu quả.

ĐỘNG KINH

Là tình trạng rối loạn hoạt động não với những hoạt động điện não bất thường, gây ra cơn động kinh với sự mất kiểm soát hoạt động của cơ thể, thường biểu hiện rõ qua các cơn co giật, cứng đờ, thở không đều hoặc ngừng thở. Cơn thường chỉ xuất hiện trong thời gian ngắn rồi qua đi, nhưng người bệnh thường phải mất khoảng vài giờ để hồi phục hoàn toàn trở lại trạng thái bình thường. Một số người bị động kinh vẫn có thể sống bình thường và không có triệu chứng gì khác lạ giữa các cơn.

Một số bệnh nhân bị động kinh vào tuổi thiếu niên và tự khỏi khi trưởng thành mà không cần điều trị. Một số khác phải dùng thuốc điều trị liên tục, và một số khác kém may mắn hơn, ngay cả khi được điều trị bằng thuốc vẫn tiếp tục duy trì các cơn động kinh không thuyên giảm.

Nguyên nhân

- Cơn động kinh xuất hiện do sự rối loạn của hoạt động não. Sự rối loạn này có thể gây ra do một số căn bệnh, hoặc cũng có thể do chấn thương. Các nguyên nhân cụ thể thường là:
 - Chấn thương ở vùng đầu.

- Chấn thương khi sinh nở.
 - Nhiễm trùng não hoặc màng não.
 - U não.
 - Tai biến mạch máu não.
 - Ngộ độc ma túy.
 - Rối loạn do cai ma túy hoặc cai rượu.
 - Rối loạn chuyển hóa.
- Một số trường hợp động kinh hoàn toàn không rõ nguyên nhân, và một số khác có thể là do di truyền.

Chẩn đoán

- Chẩn đoán cần phân biệt hai trường hợp: *động kinh cục bộ* (liên quan đến một vùng giới hạn trong não) và *động kinh toàn thể* (ảnh hưởng đến một vùng rộng lớn trên toàn não bộ, gây mất ý thức). Tuy nhiên, các trường hợp động kinh cục bộ cũng rất dễ dàng lan rộng trở thành động kinh toàn thể. Vì thế, có thể dựa vào mức độ tác động của cơn động kinh để phân biệt:
 - *Con nặng*: Trong cơn động kinh, người bệnh mất hẳn ý thức, toàn thân cứng đờ rồi co giật liên hồi, thở không đều hoặc có thể ngừng thở. Khi cơn qua đi, các cơ bắp nhũn ra, có khi người bệnh tiêu tiểu không tự chủ, tri giác rối loạn, mất định hướng, đau đầu, buồn ngủ. Tất cả triệu chứng mất

đi sau vài giờ, do mất ý thức nên người bệnh không nhớ được gì về chuyện đã xảy ra. Nếu cơn nặng kéo dài không được điều trị kịp thời rất có thể dẫn đến tử vong.

- **Cơn nhẹ:** Cơn động kinh xảy ra rất nhanh, thường không kéo dài quá 1 phút nên thường gọi là *cơn vắng ý thức*, đôi khi rất khó nhận ra, vì chỉ biểu hiện bằng sự mất ý thức thoáng qua, không kèm theo té ngã hoặc co giật. Cơn nhẹ thường gặp ở trẻ con hơn là người lớn. Quan sát kỹ trong khi cơn xảy ra có thể thấy các ngón tay giật nhẹ, chớp mắt hoặc chép môi.
- **Cơn cục bộ đơn giản:** Trong cơn động kinh người bệnh vẫn giữ được ý thức, chỉ có một số rối loạn bất thường thoáng qua như co giật nhẹ, một số ảo giác về thị giác, khứu giác, vị giác. Nói chung, người bệnh vẫn giữ được ý thức, nhận biết được cơn và có thể nhớ để kể lại.
- **Cơn cục bộ phức tạp:** cũng gọi là cơn động kinh thùy thái dương. Người bệnh mất hẳn ý thức về môi trường chung quanh, đờ đẫn, mất phản ứng với hoàn cảnh, nhìn về ngoài thấy lóng ngóng, vụng về, hoặc chép môi một cách không ý thức. Do mất ý thức nên người bệnh thường không nhớ gì về việc đã xảy ra.
- Chẩn đoán xác định các cơn động kinh thường khó khăn do rất ít khi khai thác được nhiều thông tin

từ bản thân bệnh nhân. Cần chú ý tìm hiểu thêm ở những người đã chứng kiến cơn động kinh xảy ra.

- Một số xét nghiệm có ý nghĩa hỗ trợ chẩn đoán nhưng thường không giúp đưa đến kết luận, chẳng hạn như:
 - Điện não đồ
 - Điện tâm đồ (để chẩn đoán loại trừ cơn loạn nhịp tim)
 - Chụp X quang cắt lớp não
 - Xét nghiệm máu
- Các trường hợp sau đây cần nhanh chóng chuyển bệnh nhân đến điều trị tại bệnh viện:
 - Cơn động kinh xảy ra lần đầu tiên
 - Không chẩn đoán được nguyên nhân
 - Cơn động kinh kéo dài
 - Bệnh nhân có chấn thương ở vùng đầu.

Điều trị

- Ngay khi xảy ra cơn động kinh, cần xử trí cấp cứu như sau:
 - Đặt bệnh nhân nằm nghiêng bên trái. Nên kê gối mềm dưới đầu và tránh không để bất cứ vật cứng nào ở gần chỗ bệnh nhân nằm.
 - Nới lỏng quần áo, nhất là ở cổ.
 - Kiểm tra mạch ở động mạch cảnh.

- Đảm bảo đường thở thông và bệnh nhân vẫn còn đang thở.
 - Sử dụng ngay *diazepam* 10mg nhét hậu môn (5mg cho trẻ em).
- Gọi xe cấp cứu ngay nếu như:
- Cơ động kinh tiếp tục kéo dài đến 5 phút hoặc lâu hơn.
 - Sau khi dứt cơn lại khởi phát một cơn khác nữa.
 - Cơ động kinh đã qua đi nhưng bệnh nhân vẫn không hồi phục ý thức.
- Sau cơn động kinh, cần hướng dẫn những người thân của bệnh nhân biết cách xử trí cấp cứu khi lên cơn. Chỉ định *diazepam* 10mg nhét hậu môn khi có cơn tái phát.
- Trước khi tiếp tục dùng thuốc chống co giật, cần kiểm tra các loại thuốc mà bệnh nhân đang sử dụng để xác định có các loại thuốc tương tác với thuốc chống co giật hay không, đặc biệt thường gặp là các loại viên uống tránh thai. Hiệu quả tránh thai của cả hai loại viên uống tránh thai (viên kết hợp và viên đơn thuần) đều bị giảm khi sử dụng chung với *carbamazepin*, *phenytoin*, *phenobarbiton* và *primidon*. Để đảm bảo tác dụng tránh thai, phải sử dụng loại viên tránh thai có hàm lượng *estrogen* lớn

- hơn 50 μ g, hoặc nên chọn dùng một biện pháp tránh thai khác.
- Lưu ý các tác dụng phụ của thuốc chống co giật:
- *Carbamazepin*: buồn ngủ, chóng mặt, đau đầu, rối loạn dạ dày-ruột
 - *Phenytoin*: mụn trứng cá, rậm lông, tăng sản lợi, trạng thái lơ mơ, rung giật nhãn cầu, tăng mức độ suy tim
 - *Natri valproat*: tăng cân, rụng tóc, đau bụng, buồn nôn, run, rối loạn kinh nguyệt ở phụ nữ, giảm tiểu cầu, viêm gan nhiễm độc (phải kiểm tra chức năng gan trước khi dùng thuốc cũng như thường xuyên theo dõi trong thời gian sử dụng thuốc).
- Hướng dẫn bệnh nhân tìm ra các tác nhân khởi phát cơn động kinh để né tránh. Một số bệnh nhân thường khởi phát cơn động kinh do ánh sáng chớp lóe, do sự mệt mỏi hoặc sau khi uống rượu...
- Nếu những cơn động kinh vẫn tiếp tục tái phát sau khi đã dùng thuốc, tăng liều thuốc chống co giật sao cho đủ để kiểm soát các cơn động kinh nhưng không gây tác dụng phụ quá mức.
- Để điều chỉnh hiệu quả liều sử dụng, có thể cần theo dõi nồng độ thuốc trong máu bệnh nhân. Nồng độ nhắm đến khi sử dụng *carbamazepin* là 20 – 50 μ mol/L và khi sử dụng *phenytoin* là 40 – 80 μ mol/L.

Cẩm nang y khoa thực hành

- Nếu cơn động kinh không kiểm soát được ngay cả khi đã dùng liều tối đa các loại thuốc chống co giật, chuyển bệnh nhân đến chuyên khoa hoặc đề nghị vào điều trị tại bệnh viện.
- Nếu cơn động kinh đã kiểm soát được, duy trì việc sử dụng thuốc và theo dõi kiểm tra hàng tháng liên tục trong vòng 6 tháng đến 1 năm. Yêu cầu của mỗi lần kiểm tra là:
 - Theo dõi mức độ các tác dụng phụ của thuốc.
 - Mức độ thích hợp của loại thuốc đang sử dụng: liều lượng, số lần xảy ra động kinh nếu có, tương tác thuốc...
 - Xét nghiệm chức năng gan.



Mục lục

Lời nói đầu.....	7
Bệnh mắt	11
Chảy nước mắt bất thường.....	11
Nguyên nhân	11
Chẩn đoán	13
Điều trị	13
Mắt khô	14
Nguyên nhân	14
Chẩn đoán	15
Điều trị	15
Lẹo mắt.....	16
Nguyên nhân	16
Chẩn đoán	16
Điều trị	16
Chấp mắt.....	16
Nguyên nhân	16
Chẩn đoán	17
Điều trị	17
Viêm mí mắt	17
Nguyên nhân	17
Chẩn đoán	17
Điều trị	18

Lác mắt.....	18
Nguyên nhân	18
Chẩn đoán	19
Điều trị	20
Mắt đỏ	21
1. <i>Mắt đỏ không đau</i>	22
Viêm kết mạc.....	22
Nguyên nhân	22
Chẩn đoán	22
Điều trị	23
Xuất huyết dưới kết mạc	24
Nguyên nhân và chẩn đoán	24
Điều trị	24
2. <i>Mắt đỏ có đau</i>	24
Mỏng giác mạc	24
Nguyên nhân	24
Chẩn đoán	25
Điều trị	25
Nhiễm herpes giác mạc	26
Nguyên nhân	26
Chẩn đoán	26
Điều trị	26
Dị vật vào mắt	26
Nguyên nhân	27
Chẩn đoán	27
Điều trị	28

Tăng nhãn áp.....	29
Nguyên nhân	29
Chẩn đoán	30
Điều trị	31
3. <i>Mất đau không đỏ</i>	32
Những nguyên nhân thường gặp.....	32
Những nguyên nhân hiếm gặp	32
Giảm thị lực đột ngột	32
Những nguyên nhân thường gặp.....	33
Giảm thị lực diễn tiến	33
Những nguyên nhân thường gặp.....	34
Những nguyên nhân thường gặp ở người lớn tuổi	35
Đục thủy tinh thể	36
Nguyên nhân	36
Chẩn đoán.....	36
Điều trị	37
Hiện tượng ruồi bay	38
Bệnh tai, mũi, họng	40
Điếc.....	40
Nguyên nhân	40
Chẩn đoán.....	42
Điều trị	42
Chất tiết từ tai	43
Nguyên nhân	44
Chẩn đoán.....	44
Điều trị	44

Đau tai	46
Nguyên nhân	46
Chẩn đoán	47
Điều trị	47
Ù tai	49
Nguyên nhân	49
Chẩn đoán	50
Điều trị	51
Viêm mũi dị ứng	51
Nguyên nhân	52
Chẩn đoán	52
Điều trị	53
Chảy máu mũi	54
Nguyên nhân	54
Chẩn đoán	54
Điều trị	55
Ngẹt mũi	56
<i>Ngẹt mũi cấp tính</i>	56
Nguyên nhân	56
Chẩn đoán	57
Điều trị	57
<i>Ngẹt mũi mạn tính</i>	58
Nguyên nhân	58
Chẩn đoán	58
Điều trị	58

Đau họng	59
Nguyên nhân	59
Chẩn đoán	60
Điều trị	61
Sưng hạch bạch huyết vùng cổ	63
Nguyên nhân	63
Chẩn đoán	64
Điều trị	64
Khàn tiếng	65
Nguyên nhân	65
Chẩn đoán	66
Điều trị	66
Áp xe răng	67
Nguyên nhân	67
Chẩn đoán	67
Điều trị	68
Bệnh tim mạch.....	69
Huyết áp cao	69
Tăng lipid máu	78
Chân đau cách hồi	83
Xơ vữa động mạch	85
Đánh trống ngực	88
Đau ngực	89
Đau thắt ngực	93
Nhồi máu cơ tim	96

Chăm sóc sau nhồi máu cơ tim	101
Suy tim.....	104
Bệnh Raynaud – Hiện tượng Raynaud.....	111
Thiếu máu.....	113
Bệnh đường hô hấp	124
Hen phế quản (suyễn)	124
Nhiễm trùng đường hô hấp trên	131
Ho	133
Viêm phổi.....	137
Ho ra máu.....	140
Bệnh đường tiêu hóa.....	144
Rối loạn tiêu hóa.....	144
Loét đường tiêu hóa.....	148
Viêm thực quản hồi lưu.....	154
Hôi miệng.....	159
Tiêu chảy.....	161
Ngứa hậu môn	166
Nứt hậu môn.....	168
Táo bón	170
Bệnh da liễu	175
Mụn trứng cá	175
Mụn trứng cá đỏ	181
Mụn cóc	182
Nhiễm nấm Candida.....	183

Lang ben.....	186
Ngứa da.....	187
Rụng tóc	188
Chàm	191
Vảy nến.....	195
Chấy.....	199
Bệnh truyền nhiễm.....	202
Sởi	202
Quai bị	206
Rubella	210
Ho gà.....	215
Viêm màng não	221
Tinh hồng nhiệt	223
Tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn.....	226
Ban đỏ nhiễm khuẩn.....	229
Thủy đậu.....	232
Cúm.....	238
Sốt rét.....	245
Chốc.....	252
Mụn rộp ở môi	255
Bệnh zona.....	257
Nhot	260
Viêm gan A.....	263
Viêm gan B.....	269
Viêm gan C.....	279
HIV/AIDS.....	287

Sản khoa	297
Những điều cần biết trước khi mang thai	297
Chẩn đoán có thai.....	300
Khám thai định kỳ.....	302
Xuất huyết trong thai kỳ.....	303
Giải đoạn đầu tiên	303
Giải đoạn sau.....	305
Nôn khi mang thai	305
Ợ nóng.....	306
Glucose niệu.....	306
Protein niệu	307
Thiếu máu khi mang thai.....	307
Rh âm.....	309
Tiền sản giật.....	310
Ngôi lệch.....	312
Đầu cao	312
Đau lưng.....	312
Ra máu sau khi sinh	313
Sốt sau sinh	313
Trầm cảm sau sinh	314
Kiểm tra sau sinh.....	315
Những vấn đề khi cho con bú.....	317
Ít sữa.....	317
Đầu vú đau hoặc nứt	320
Bầu vú căng tức	321

Viêm vú.....	321
Hạn chế tiết sữa.....	323
Phụ khoa	324
Hội chứng tiền kinh nguyệt	324
Chảy máu âm đạo ngoài chu kỳ kinh nguyệt hoặc sau giao hợp	327
Đau bụng kinh	329
Đau kinh nguyên phát	329
Đau kinh thứ phát	330
Lạc nội mạc tử cung.....	331
Rong kinh	333
Vô kinh.....	336
Đau vùng chậu.....	339
Khí hư và các bệnh lây qua đường tình dục	340
Nhiễm nấm Candida.....	341
Nhiễm nấm Gardnerella.....	342
Nhiễm Trichomonas	343
Chlamydia.....	343
Bệnh lậu (gonorrhoea)	344
Mụn cóc sinh dục.....	345
Herpes sinh dục	346
Rậm lông	349
Phát hiện sớm ung thư vú	350
Tự khám vú	351
Mãn kinh	353

Liệu pháp thay thế hormon (HRT).....	356
Bệnh ở cổ tử cung.....	363
Vô sinh.....	366
Bệnh đường tiết niệu.....	374
Nhiễm trùng đường tiết niệu.....	374
Sỏi tiết niệu.....	381
Tiểu không tự chủ.....	386
Các vấn đề về tình dục.....	392
Ít ham muốn tình dục.....	392
Giao hợp đau.....	395
Liệt dương.....	398
Xuất tinh sớm.....	401
Không đạt cực khoái.....	402
Các biện pháp tránh thai.....	406
Khái niệm chung.....	406
Viên uống tránh thai kết hợp.....	409
Chống chỉ định.....	409
Cách dùng.....	410
Ưu – nhược điểm.....	414
Một số vấn đề khi dùng thuốc.....	416
Viên uống tránh thai đơn thuần.....	418
Chống chỉ định.....	418
Cách dùng.....	419
Ưu – nhược điểm.....	420

Các dạng thuốc tiêm và cấy dưới da.....	421
Thuốc tiêm bắp thịt.....	421
Thuốc cấy dưới da.....	422
Tránh thai sau giao hợp.....	423
Sử dụng hormon.....	423
Dùng dụng cụ tránh thai đặt trong tử cung.....	424
Dụng cụ tránh thai đặt trong tử cung.....	425
Chống chỉ định.....	425
Cách dùng.....	426
Ưu – nhược điểm.....	428
Một số vấn đề khi đặt vòng tránh thai.....	429
Bao cao su.....	430
Cách dùng.....	431
Ưu – nhược điểm.....	432
Màng ngăn âm đạo.....	432
Cách dùng.....	433
Ưu – nhược điểm.....	434
Thuốc diệt tinh trùng.....	435
Các biện pháp tránh thai tự nhiên.....	436
Khái niệm chung.....	436
Phương pháp tính vòng kinh.....	437
Cơ sở của quy luật.....	437
Vận dụng trong việc tránh thai.....	439
Ưu – nhược điểm.....	442
Xuất tinh ngoài âm đạo.....	443

Triệt sản	444
Triệt sản nam	445
Triệt sản nữ	446
Tránh thai đối với phụ nữ sắp mãn kinh	447
Tránh thai đối với phụ nữ sau khi sinh	448
Nhi khoa	451
Kiểm tra sức khỏe định kỳ	451
Trẻ sơ sinh.....	451
Từ 6 đến 8 tuần tuổi	453
Tiêm chủng.....	454
Vàng da ở trẻ sơ sinh.....	456
Nuôi trẻ bằng sữa mẹ	456
Nuôi trẻ bằng sữa bình.....	457
Cho trẻ ăn dặm và cai sữa	459
Cho trẻ ăn dặm	459
Cai sữa	461
Trẻ khóc nhiều và thất thường	462
Táo bón	463
Ỉa đùn	464
Đái dầm	466
Mất ngủ	468
Hăm tã	469
Khám sức khỏe trước tuổi đi học.....	470

Các vấn đề về hô hấp.....	471
Sổ mũi.....	471
Ho	471
Viêm tiểu phế quản.....	472
Viêm tắc thanh quản	472
Hen phế quản ở trẻ dưới 5 tuổi.....	472
Co giật.....	475
Bảo vệ trẻ	478
Bệnh hệ nội tiết.....	481
Tiểu đường.....	481
Rối loạn chức năng tuyến giáp	492
Nhược giáp	492
Cường giáp	496
Béo phì	498
Bệnh hệ thần kinh.....	502
Chóng mặt.....	502
Đau đầu.....	505
Đau mắt.....	509
Liệt Bell	511
Chẩn đoán	511
Điều trị	511
Tai biến mạch máu não.....	512
Run.....	517
Bệnh Parkinson	519
Động kinh.....	524