

Sổ tay **Thầy Thuốc Thực Hành**

Tập



THƯ VIỆN
HUBT

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC



TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

SỔ TAY THẦY THUỐC THỰC HÀNH

(Tập 2)

(Tái bản lần thứ 9 có sửa chữa và bổ sung)



LỜI NHÀ XUẤT BẢN

Người thầy thuốc thực hành, nhất là các thầy thuốc công tác độc lập ở các tuyến y tế và các thầy thuốc mở phòng khám chữa bệnh đều cần phải có tài liệu để tra cứu tham khảo trong khám bệnh, chẩn đoán và điều trị.

Cuốn Sổ tay thầy thuốc thực hành đã đáp ứng được yêu cầu chuyên môn của đông đảo đội ngũ các thầy thuốc làm công tác thực hành.

Lần tái bản này theo góp ý của bạn đọc và để cập nhật các kiến thức y học hiện đại đang áp dụng tại Việt Nam. Nhà xuất bản Y học đã tổ chức viết lại bộ sách này nhằm chỉnh lý, bổ sung kịp thời, đáp ứng được nhu cầu của độc giả. Sách kết hợp được giữa thực tiễn và lý thuyết – nội dung viết ngắn gọn cụ thể của từng bệnh, giúp cho việc chẩn đoán được thuận lợi và có hướng điều trị thích hợp, đúng phương pháp.

Sách được chia làm 2 tập.

Tập 1 gồm các chuyên khoa Nội: Hồi sức cấp cứu và Chống độc; Tim mạch; Hô hấp; Tiêu hóa; Thận tiết niệu; Nội tiết, Các bệnh về máu; Dị ứng; Cơ xương khớp; Bệnh tuổi già và Nhi khoa.

Tập 2 gồm các chuyên khoa: Ngoại; Gây mê hồi sức; Sản phụ khoa; Mắt, Tai mũi họng; Răng hàm mặt; Da liễu; Các bệnh truyền nhiễm; Thần kinh; Tâm thần; Y học cổ truyền.

Trong nhiều năm, qua 9 lần tái bản; Cuốn Sổ tay thầy thuốc thực hành thực sự là người bạn thân thiết của các y, bác sĩ. Cuốn sách được xuất bản có sự đóng góp quý báu của nhiều giáo sư, phó giáo sư, tiến sĩ, thạc sĩ, bác sĩ giàu kinh nghiệm trong ngành Y tế.

Chúng tôi mong rằng cuốn sách sẽ giúp ích được nhiều cho cán bộ Y tế trong công tác thực hành khám chữa bệnh.

Hà Nội tháng 12-2008

Nhà xuất bản Y học



Phần

NGOẠI KHOA

Biên soạn: GS.TS. Đặng Hanh Đệ

THÂN KINH SỢ NÃO

I. TỔN THƯƠNG DA ĐẦU TRONG CHẤN THƯƠNG

Là chấn thương thường gặp, vì da đầu được rất nhiều mạch máu nuôi dưỡng nên thường chảy nhiều máu. Phải bảo vệ da đầu nếu mất sẽ trở hợp sọ.

Có những thương tổn chính sau:

1. Tụ máu dưới da đầu

Vùng da có tụ máu nổi u, mềm, không đập, sờ nắn xung quanh có gờ (không nên nhầm với lún sọ).

Chụp X quang tiếp tuyến với tụ máu để loại lún sọ và tìm có vỡ sọ kèm theo không.

Nếu vùng máu tụ lan rộng nhanh chóng cần xét nghiệm máu để xem có rối loạn đông máu không.

* Xử trí: chọc hút - băng ép. Không nên chọc nhiều lần. Nếu khối máu tụ to: rạch da, cầm máu, băng ép.

2. Vết thương da đầu

Thường chảy máu nhiều

Cần xem có tổn thương xương sọ không: thăm khám kỹ trước khi khâu và chụp X quang xác định.

* Xử trí: băng ép khi sơ cứu. Khâu da đầu mũi rồi lấy cả lớp dưới da. Nếu mép vết thương nham nhở cần cắt lọc gọn, lấy hết dị vật rồi mới khâu. Nếu thấy căng quá, cần tách da rộng.

3. Lột da đầu

Da đầu bong ra khỏi hộp sọ, một phần hay toàn bộ (thường là do tóc dài bị cuốn vào máy có dây cu roa).

Mất máu nhiều, choáng. Cần khám tri giác.

* Xử trí: hồi sức và chuyển ngay nạn nhân cùng vùng da đầu bị lóc đến bệnh viện sớm. Bảo quản miếng da lóc càng sạch càng tốt, nếu có thể để trong môi trường lạnh.



Rửa sạch vùng da đầu bị lóc bằng huyết thanh mặn - sát trùng, nếu mép nhám nhỏ thì cắt lọc tiết kiệm.

Miếng da bị lóc: cắt hết tóc, rửa sạch bằng huyết thanh.

Tốt nhất là dùng vi phẫu khâu nối mạch máu để nuôi dưỡng miếng da lóc khi khâu với đầu. Nếu không thì cắt lọc lớp mỡ dưới da (tới chân lông).

Khâu miếng lóc với da đầu (chú ý khỏi lệch). Rạch da quân cờ để tránh máu tụ dưới da lóc. Băng ép.

Nếu đến muộn (miếng da lóc không còn khả năng dùng được) thì chỉ thay băng vùng đầu, chống nhiễm trùng rồi ghép da.

II. VỠ XƯƠNG SỌ

Có hai loại: vỡ vòm sọ và vỡ lan xuống nền sọ.

Thông thường vỡ xương sọ đơn thuần chỉ theo dõi mà không can thiệp. Ở trẻ con hay có lún xương sọ cần nhắc mắt lún này khi lún quá nửa chiều dày xương.

1. Vỡ vòm sọ

Nếu là vỡ vòm sọ kín thì có máu tụ dưới da đầu, nếu có thương tổn da đầu sẽ thành vỡ vòm sọ hở.

Cần chụp X quang để xác định nhưng dễ lầm với khớp xương sọ.

Vì dễ kèm theo máu tụ ở ngoài màng cứng nên cần theo dõi tri giác cẩn thận.

2. Vỡ lan xuống nền sọ

Tầng trước: hay gập, gây máu tụ hai hố mắt (đeo kính râm) và hay phối hợp với gãy xương hàm trên. Chảy máu mũi.

Tầng giữa: chảy máu tai, có thể kèm cả dịch não tủy. Thương tổn dây thần kinh VIII gây điếc, dây thần kinh VII gây liệt mặt.

Tầng sau: biểu hiện bằng máu tụ vùng gáy. Dễ có thương tổn tiểu não.

* Xử trí: theo dõi tri giác và các biến chứng (nhất là máu tụ ngoài màng cứng).

Nếu vỡ vào xoang hơi trán: mổ lấy bỏ phần niêm mạc xoang.

Rò nước não tủy: dùng kháng sinh toàn thân, và tại chỗ (mũi, tai), có thể phối hợp với thuốc lợi tiểu.

Nếu vẫn tiếp tục rò: mổ để vá chỗ rách màng não, bịt lỗ thông, chọc dò tủy sống hàng ngày hoặc dẫn lưu, để làm giảm dịch và rò bằng đặt catheter vùng thất lưng.



3. Vết thương sọ não

Khi vết thương (do vật sắc nhọn hay do đạn gây nên) làm thông giữa *khoang dưới nhện với bên ngoài nghĩa là đi qua da đầu, xương sọ, màng não, có thể kèm với tổ chức não.

Cần phải xử trí sớm để tránh nhiễm trùng.

Chẩn đoán dựa vào:

Thấy nước não tủy chảy ra lẫn máu hoặc có cả tổ chức não, tri giác thường tỉnh, dấu hiệu thần kinh khu trú do vết thương gây nên nếu đến muộn (quá 6 giờ) có thể thấy dịch đục chảy ra, dấu hiệu viêm màng não (sốt, cổ cứng, chọc dò nước não tủy...), dấu hiệu tăng áp lực trong sọ.

Chụp Xquang: thấy rõ thương tổn xương sọ

Chụp cắt lớp: thấy rõ thương tổn não, dị vật.

* Xử trí: cần phải mổ cấp cứu.

Lúc sơ cứu: băng vô trùng, hồi sức nếu có choáng, kháng sinh toàn thân, chống uốn ván. Chuyển ngay nạn nhân về bệnh viện. Không được dùng dụng cụ thăm khám hay cắt lọc, không bôi thuốc sát trùng hay rắc kháng sinh lên vết thương, không lấy dị vật.

Điều trị thực thụ: mở rộng da, găm xương sọ, mở rộng màng não. Bơm rửa tổ chức não dập, hút, lấy hết máu cục và dị vật. Cầm máu kỹ. Đóng kín màng não, khâu treo rồi đóng da đầu.

Sau mổ phải theo dõi tri giác.

Chống phù não: đặt đầu cao, thuốc an thần (phenobarbital) đảm bảo thông khí, Lasix hoặc mannitol.

Kháng sinh

Dinh dưỡng bằng đường ống thông dạ dày.

4. Máu tụ trong sọ cấp tính

Sau chấn thương, máu chảy trong sọ do 3 nguồn gốc từ động mạch, tĩnh mạch và xương sọ. Máu chảy ra có thể ở một trong ba nơi hay phối hợp: ngoài màng cứng, dưới màng cứng và trong não.

Dấu hiệu chủ yếu để chẩn đoán máu tụ trong sọ là tình trạng tri giác xấu dần. Tri giác được đánh giá dựa trên 3 loại: tri giác hiểu biết (hỏi, làm theo yêu cầu), tri giác tự động (bấu véo xem có gạt đúng hay sai) tri giác bản năng (cho uống xem có nuốt không hay sặc). Tuy nhiên dựa theo thang điểm Glasgow để cho điểm thì cụ thể hơn (mở mắt: 4 điểm, trả lời: 5 điểm, vận động: 6 điểm). Có trường hợp khi khám đã hôn mê rồi (hoặc hôn mê ngay từ đầu) cũng phải theo dõi xem tri giác có xấu dần đi không.



Ngoài ra còn có những dấu hiệu khác như: giãn đồng tử một bên, liệt nửa người, huyết áp tăng và mạch chậm đi.

Với chụp cắt lớp, việc chẩn đoán vị trí của khối máu tụ rất dễ dàng để có thể phân biệt: máu tụ ngoài màng cứng, máu tụ dưới màng cứng và máu tụ trong sọ.

Một khi đã chẩn đoán là có máu tụ trong sọ thì phải mổ cấp cứu.

* Xử trí:

Cần phải đảm bảo thông khí tốt và phục hồi huyết động nhất là khi vận chuyển. Nếu nạn nhân hôn mê cần đặt ống nội khí quản, có khi phải mở khí quản.

Mổ nhằm hút hết khối máu tụ và cầm máu.

Sau mổ cần đảm bảo dinh dưỡng (ăn bằng đường ống thông dạ dày) chống loét và nhiễm trùng hô hấp, tiết niệu.

Theo dõi chảy máu lại, phù não.

5. Áp xe não

Nguyên nhân gây áp xe não thường là do vi trùng hiếm khi do nấm hay ký sinh trùng. Vi trùng thâm nhập gây áp xe theo các đường sau: trực tiếp sau vết thương sọ não hở, lân cận từ những ổ áp xe gần đó (viêm tai, viêm xương chũm...) từ xa như áp xe răng, viêm phổi và từ cơ địa suy giảm miễn dịch (AIDS, hóa trị, xạ trị...).

Dấu hiệu áp xe biểu hiện bằng:

Hội chứng nhiễm trùng và hội chứng tăng áp lực trong sọ.

Chụp cắt lớp vi tính sẽ xác định vị trí áp xe. Với cộng hưởng từ sẽ phân biệt được áp xe và u não.

Đối với trẻ nhỏ nếu thóp chưa kín có thể làm siêu âm xác định qua thóp.

Soi đáy mắt thấy phù gai thị.

* Xử trí:

Cần mổ cấp cứu

Chọc hút áp xe: khi ổ áp xe nhỏ dưới 2cm, ở một bên bán cầu não, ở tiểu não. Vị trí chọc phải là đường ngắn nhất đến ổ áp xe. Không đi qua những vùng não có chức năng quan trọng và không có nhiễm trùng nơi chọc. Khi cần, dùng siêu âm dịch vị.

Mổ bóc áp xe: khi không chọc được và khi có dị vật trong ổ áp xe. Cần tránh làm vỡ bọc áp xe khi bóc.

Sau can thiệp cần chống phù não (mannitol, synacthen, corticoid), kháng sinh (ái khí và kỵ khí).

6. Hội chứng tăng áp lực trong sọ

Tăng áp lực trong sọ là một hội chứng do nhiều nguyên nhân gây nên. Một khi áp lực trong sọ tăng trên 30mmHg thì phải can thiệp cấp cứu (bình thường là từ 10-14mmHg ở người lớn).

Hội chứng tăng áp lực trong sọ biểu hiện bằng:

- Đau đầu: đau theo nhịp đập, đau nhất về ban đêm, dùng thuốc giảm đau ít có tác dụng.
- Nôn: nôn vọt vào buổi sáng.
- Phù gai thị: rất có giá trị nhưng ở người già thì ít khi có. Kèm theo có giảm thị lực.

Ngoài ra còn có thay đổi về tri giác, động kinh, rối loạn thần kinh thực vật (huyết áp tăng, mạch chậm, nhiệt độ cao...).

Chụp cắt lớp vi tính là cách tốt nhất để chẩn đoán nguyên nhân với các dấu hiệu: các khối u, áp xe, khối máu tụ, phù não xung quanh các khối này.

* Xử trí: nội khoa

Nhằm mục đích làm giảm áp lực trong sọ:

Kê đầu cao 20-30°, thẳng để máu trở về dễ dàng, tăng thông khí: đảm bảo PaCO_2 khoảng 30-40mmHg thuốc lợi tiểu: (mannitol, furosemid..), corticoid: solumedrol, synacthen.

An thần - Chống sốt.

- Ngoại khoa: tùy theo nguyên nhân mà xử trí khác nhau: lấy khối máu tụ trong chấn thương, các khối u não, dẫn lưu não thất trong não úng thủy.

7. Chấn thương cột sống

Chấn thương cột sống phần lớn là do tai nạn giao thông và lao động. Điều quan trọng nhất trong chấn thương cột sống là xác định có thương tổn thần kinh hay không: thương tổn là hoàn toàn khi phía dưới chấn thương cột sống không còn chức năng thần kinh, thương tổn là không hoàn toàn khi còn một số chức năng thần kinh và tiến triển tốt hơn khi điều trị.

Khám lâm sàng bằng khám về vận động (0-5 điểm từ không cử động cho đến cử động bình thường), khám cảm giác (cảm giác nông, sâu, xác định vùng ranh giới để ước tính mức độ cao thấp), rối loạn cơ tròn.



Phân độ theo Foankel

Hội chứng đứt tuỷ hoàn toàn: không còn vận động và cảm giác phía dưới thương tổn. Đặc biệt khi có cương cứng dương vật liên tục hoặc mất hoàn toàn phản xạ cơ thắt hậu môn thì có thể chắc chắn là thương tổn tuỷ hoàn toàn.

Hội chứng đứt không hoàn toàn: còn một ít cảm giác và vận động phía dưới thương tổn.

Chụp cột sống quy ước thẳng và nghiêng.

Chụp cắt lớp để xác định chính xác các thương tổn giải phẫu của cột sống.

Chụp cộng hưởng từ để biết thương tổn của tuỷ.

* Xử trí:

Mục đích nhằm: tránh các thương tổn nặng thêm lên (nhất là khi vận chuyển), cố định thương tổn xương, phòng các biến chứng và phục hồi chức năng.

- Phẫu thuật giảm ép và cố định cột sống.
- Nội khoa: phòng thương tổn thứ phát và tái tạo thần kinh: solumedrol tiêm tĩnh mạch.
- Đảm bảo huyết động
- Chống loét: vận động sớm.
- Chống nhiễm trùng tiết niệu: đặt ống thông bàng quang và chăm sóc tốt ống thông này.

Đối với cột sống cổ: chụp thẳng và nghiêng cả 7 đốt. Bất động cổ thật tốt, ngay cả những trường hợp nghi ngờ: băng nẹp cổ hay túi cát hai bên, cổ ngửa, hơi uõn. Chống xoay khi vận chuyển.

Đối với cột sống thắt lưng: nằm trên nền cứng, giảm đau.

8. Vết thương tuỷ

Nguyên nhân gây vết thương tuỷ có 2 loại: vết thương do hoá khí và vết thương do vật sắc nhọn. Vết thương do hoá khí thường phức tạp và nặng hơn.

Chẩn đoán dựa vào:

- Khám lâm sàng: thời gian bị thương, nguyên nhân gây vết thương, thời gian xuất hiện liệt, tình trạng huyết động và hô hấp.
- Khám vết thương: xác định hướng đi của vết thương và mức độ thương tổn cao thấp của tuỷ.
- Khám cảm giác để xác định vị trí thương tổn tuỷ.
- Khám vận động: liệt hay không liệt, liệt hoàn toàn hay không hoàn toàn, liệt cứng hay mềm.



Chụp X quang quy ước: thẳng, nghiêng và chếch để biết thương tổn xương, dị vật.

Chụp cắt lớp vi tính để xác định các thương tổn xương chi tiết.

Chụp cộng hưởng từ để xác định thương tổn của tuỷ.

* Xử trí:

Cần phải mổ sớm:

Cắt lọc vết thương, lấy bỏ dị vật.

Giảm ép bằng cắt cung sau, vá màng tuỷ chống rò nước não tuỷ và nhiễm trùng dẫn lưu. Đóng kín vết thương.

Sau mổ cần chú ý: chống nhiễm trùng vết mổ, viêm màng não, rò dịch não tuỷ, nhiễm trùng tiết niệu.

Phải vận động sớm và dinh dưỡng đầy đủ.

TIM MẠCH - LỒNG NGỰC

I. CHẤN THƯƠNG LỒNG NGỰC

Thương tổn ở lồng ngực (do vết thương hoả khí, vật sắc nhọn đâm hay do chấn thương kín) đều có chung một nguyên tắc điều trị.

Mục đích điều trị nhằm trước hết phục hồi thăng bằng hô hấp và tuần hoàn, trong đó áp lực âm tính khoang màng phổi có vai trò rất quan trọng.

Sơ cứu tại chỗ giúp giảm tỷ lệ tử vong ban đầu.

Không nên mổ ngực ngay, trừ những chỉ định bắt buộc, mà cần điều trị bảo tồn tốt, theo dõi sát.

* Đối với gãy xương sườn cần chú ý những điểm sau:

Chủ yếu là giảm đau chứ không phải cố định xương.

Khi gãy xương sườn cần phải phát hiện những thương tổn kèm theo: rách nhu mô phổi, chảy máu vào khoang màng phổi, ở trên cao là đám rối cánh tay, ở dưới thấp là gan hay lách.

* Đối với mảng sườn:

Nếu mảng sườn không di động thì không gây những rối loạn nghiêm trọng nhưng chú ý sẽ di động thứ phát.

Khi di động (chuyển động ngược chiều với thành ngực khi thở) cần phải tìm cách cố định ngay để tránh rối loạn hô hấp và tuần hoàn: kéo liên tục, nẹp Judet hay cho thở máy.

Cần chú ý hồi sức tuần hoàn, tránh tắc đờm dãi và dẫn lưu máu hay khí màng phổi kèm theo.

* Đối với tràn máu màng phổi.

Khi không có điều kiện thì chọc hút, nhưng nếu có điều kiện (máy hút liên tục, người theo dõi, phương tiện) thì nên dẫn lưu màng phổi ở khoang liên sườn 5,6 đường nách giữa. Khi chảy máu nhiều (khoảng 250-300ml/giờ trong 3 giờ liên tục) thì phải mổ để xử trí thương tổn.

* Đối với tràn khí màng phổi

Cần chú ý có tràn khí dưới áp lực không, nếu có phải xử trí ngay: trong cấp cứu ở ngay tại chỗ dùng kim to có buộc đầu găng cao xu ngón tay rạch lỗ chọc vào vùng trước ngực (khoang liên sườn 2,3) rồi mới vận chuyển. Nếu có điều kiện thì dẫn lưu màng phổi là tốt nhất chứ không phải chọc hút.

Khi dẫn lưu, phải hút liên tục dưới áp lực âm 20cm H₂O và theo dõi phổi có nở lên không (chụp Xquang), nếu không nở tốt thì tăng áp lực hút lên.

Nếu vẫn không nở thì mới nên mổ để xử trí thương tổn (đập nát nhu mô phổi nhiều hoặc vỡ phế quản)

* Đối với vết thương ngực hở

Cần bịt kín ngay vết thương khi sơ cứu tại chỗ rồi mới chuyển.

Sau khi đã khâu vết thương ngoài thành ngực, vết thương ngực hở sẽ trở thành tràn máu và tràn khí màng phổi?

Dị vật trong ngực (đầu đạn) sẽ lấy sau.

* Khi có vết thương ngực - bụng

Đối với vết thương ở ngực việc xử trí như trên nhưng phải làm trước rồi mới xử trí vết thương bụng.

Chớ quên lỗ thủng cơ hoành: phải khâu kín.

II. VẾT THƯƠNG TIM

Đứng trước một vết thương vùng tim cần xác định tim có thương tổn hay không. Vết thương vùng tim là vùng giới hạn bởi xương ức nối với núm vú trái thành hình tam giác, tuy nhiên vết thương ở ngoài vùng đó cũng có thể gây tổn thương tim. Khi tim bị tổn thương (thủng vào buồng tim) sẽ biểu hiện bằng một trong hai hội chứng: mất máu hoặc chèn ép tim. Cả hai đều phải xử trí cấp cứu.

- Hội chứng mất máu: máu chảy ra ngoài thành ngực hoặc vào khoang màng phổi: toàn thân thiếu máu cấp tính.

- Hội chứng chèn ép tim cấp: máu ứ lại trong khoang màng tim, chèn không cho quả tim nở lên: khó thở, vật vã, tĩnh mạch cổ nổi căng, áp lực tĩnh mạch trung ương tăng cao. Siêu âm tim sẽ thấy có dịch trong màng tim, hạn chế cử động tim.

* Xử trí

Khi không có khả năng khâu vết thương tim thì chọc hút màng tim mỗi khi tràn máu là cách điều trị tốt.

Khi có khả năng mổ ngực khâu vết thương thì cách này là tốt nhất; đưa lại kết quả chắc chắn. Có 2 đường mổ mở ngực khoang liên sườn 4-5 trái hoặc bổ dọc xương ức. Cần chú ý vết thương mặt sau tim ngay cả trong vết thương do dao đâm.

Nếu có thương tổn bên trong quả tim (thủng vách tim, thương tổn van tim) thì để lại để mổ sau nhưng ở nơi có mổ với máy tim phổi thì nên xử trí ngay lúc đó.

Thương tổn mạch vành thì phải bắc cầu với máy tim phổi hoặc phương tiện giữ tim.

Trong chấn thương ngực kín, tim có thể bị vỡ và biểu hiện bằng hội chứng chèn ép tim cấp:

III. VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU NGOẠI VI

Chẩn đoán một vết thương động mạch ngoại vi thường không khó nhưng dễ bỏ sót chính vì biểu hiện lâm sàng không như suy nghĩ nghĩa là phải có chảy máu.

Trung thành nhất là hội chứng thiếu máu phía dưới tổn thương: mất mạch, lạnh, nhợt, giảm vận động, giảm cảm giác. Nếu có siêu âm Doppler sẽ thấy không có dòng chảy trong lòng động mạch.

* Xử trí:

Sơ cứu: chủ yếu là cầm máu tạm thời bằng băng ép. Không nên dùng garô dễ gây hậu quả nặng nề kể cả cắt cụt.

Điều trị thực thụ:

- Chỉ mổ khi có điều kiện (phương tiện khâu và khả năng) nếu không tốt nhất là chuyển đến trung tâm chuyên khoa, vì xử trí thất bại sẽ gây nhiều phức tạp cho cuộc mổ sau và dễ để lại hậu quả xấu.

- Tùy theo thương tổn mà xử trí thích hợp: thất động mạch là nạn bất đắc dĩ, chỉ nên thực hiện ở những mạch máu nhỏ (đường kính 1-2mm).

Khâu nối tận tận sau cắt lọc là tốt nhất nếu không căng, còn không phải ghép bằng tĩnh mạch tự thân.

Có thể vá đối với vết thương bên.

Chú ý kiểm tra lòng mạch có thông (máu cục) trước khi nối.

Sau mổ cần theo dõi:

Tắc chỗ khâu.

Chảy máu thứ phát do bục chỗ khâu vì nhiễm trùng. Hội chứng chèn ép khoang nhất là vết thương đến muộn.

IV. TẮC ĐỘNG MẠCH CẤP TÍNH

Vật gây tắc thường là do máu cục, có khi do u.

Chẩn đoán dựa vào Hội chứng thiếu máu cấp tính phía dưới chỗ tắc. Khi tắc động mạch cấp tính thường bao giờ cũng xảy ra đột ngột (đau, mất vận động).

Cần phải xử trí ngay sau khi có chẩn đoán: tiêm ngay heparin TM 1mg/kg; hồi sức tuần hoàn rồi mới chuyển hoặc mổ.

Mổ lấy vật tắc chỉ cần gây tê tại chỗ (ở bẹn hay ở vùng khuỷu) rồi dùng ống Fogarty để kéo vật tắc ra.

Theo dõi sau khi lấy vật tắc:

- Tắc lại hội chứng khoang bệnh toàn thân: vật tắc xuất phát chủ yếu từ tim
- Hội chứng khoang: loạn nhịp, nhồi máu cơ tim, thay van tim, Osler van tim... nên cần phải xác định nguồn gốc để xử trí thích hợp.
- Bệnh toàn thân một khi bệnh nhân đến muộn (chi tím đen) thì tốt nhất là cắt cụt ngay để cứu tính mạng.

V. PHẪNG ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG VỠ

Trước đây rất hiếm gặp nhưng nay bệnh này tăng lên nhiều một phần nhờ các phương tiện phát hiện (siêu âm, chụp cắt lớp).

Bệnh biểu hiện bằng cơn đau bụng dọa vỡ, khi vỡ thật thì kèm tình trạng choáng mất máu.

Nếu là vỡ sau phúc mạc sẽ thấy bụng căng ở phần giữa bụng lan xuống cả hố chậu nhưng gõ vẫn trong. Khi vỡ vào phúc mạc thì toàn ổ bụng căng và gõ đục.

Với siêu âm, nhất là chụp cắt lớp, việc chẩn đoán sẽ dễ dàng hơn nhiều, tuy nhiên đừng đợi kết quả chụp cắt lớp khi tình trạng bệnh nhân nguy kịch (mất mạch, HA) mà phải hồi sức và xử trí ngay thì mới kịp cứu người bệnh.

* Xử trí:

Phải mổ ngay khi có chẩn đoán.

Hồi sức cùng phẫu thuật đồng thời.

Nếu có máy lấy máu truyền lại (Cell saver) thì tốt nhất.

Cần cấp ngay động mạch chủ trên chỗ vỡ rồi thay bằng đoạn mạch nhân tạo.

Đây là một phẫu thuật cấp cứu, rất nặng, thường lại ở người có tuổi nên tỷ lệ tử vong rất cao (quá nửa).

TIÊU HÓA

I. VIÊM RUỘT THỪA

Điển hình viêm ruột thừa có 3 triệu chứng chính:

Đau hố chậu phải: tự nhiên đau, lúc đầu có thể đau ở chỗ khác rồi mới khu trú tại hố chậu phải, đau liên tục không thành cơn.

Nôn: có khi chỉ buồn nôn.

Sốt: không cao, lưỡi bẩn.

Khi khám ngoài điểm đau vùng hố chậu phải, điều quan trọng nhất cần phát hiện là phản ứng thành bụng.

Khi đã có những dấu hiệu trên thì chẩn đoán coi như đã xác định. Có thể làm thêm công thức máu xem số lượng bạch cầu có cao không, siêu âm xem có thấy hình ruột thừa to không.

Viêm ruột thừa rất nhiều khi không điển hình như trên nên rất dễ chẩn đoán nhầm vì:

- Vị trí ruột thừa: ruột thừa sau manh tràng, đau phía sau lưng trên mào chậu, ruột thừa ở cao đau ngay dưới bờ sườn phải, ruột thừa ở thấp đau trong tiểu khung, thăm trực tràng mới đau và thường đái dắt, ruột thừa ở giữa bụng đau quanh rốn...

- Tuổi của bệnh nhân: trẻ con rất khó xác định, đau lại không điển hình, người già: khó có phản ứng thành bụng, sốt cũng nhẹ, thể hiện bằng một khối



ở hố chậu phải tương là u manh tràng hoặc đau từng cơn kiểu tắc ruột. Ở phụ nữ có thai, manh tràng bị đẩy lên cao, thành bụng bị căng do khối tử cung nên không đau hố chậu phải và cũng khó có phản ứng thành bụng.

Tiến triển của bệnh: khi đến muộn (quá 24 giờ) có thể đã vỡ mủ thành viêm phúc mạc toàn thể hoặc khu trú tại chỗ để thành áp xe ruột thừa. Khối áp xe này có thể nằm ở giữa bụng (do vị trí của ruột thừa) với biểu hiện sốt, bán tắc ruột. Nếu sức đề kháng của cơ thể tốt sẽ thành đám quánh ruột thừa.

Cần phân biệt với các bệnh khác:

Sỏi niệu quản phải: chụp X quang bụng hoặc siêu âm.

Thủng dạ dày: dịch dạ dày chảy xuống, tụ lại ở hố chậu phải: phản ứng hay co cứng trên rốn.

Viêm phần phụ: khí hư, đau hai bên.

Chửa ngoài dạ con vỡ: dấu hiệu mất máu, siêu âm xác định.

Viêm túi mật cấp: siêu âm xác định

* Xử trí:

Cần mổ sớm vì không thể tiên lượng tiến triển ra sao. Nếu là viêm phúc mạc cần mổ đường giữa dưới rốn để có thể rửa sạch mủ trong bụng.

Nếu là áp xe: dẫn lưu ngoài phúc mạc, không cắt ruột thừa nhưng áp xe ruột thừa giữa ổ bụng thì phải cắt bằng được ruột thừa.

Với mổ nội soi thì viêm phúc mạc không cần rạch đường giữa. Có thể chọc hút áp xe và theo dõi.

Với đám quánh cần theo dõi và dặn bệnh nhân khi có bất thường quay trở lại ngay (viêm cấp tái phát hoặc áp xe hóa).

II. THÙNG DẠ DÀY - TÁ TRÀNG DO LOÉT

Thường gặp trong cấp cứu, không khó chẩn đoán vì phần lớn các dấu hiệu rầm rộ, bản thân bệnh nhân vì đau quá nên không thể nằm nhà được:

– Đau bụng dữ dội, đột ngột, có khi kèm theo nôn.

– Bụng co cứng như gỗ, sờ rõ các thớ cơ dưới da, ngay cả người già cũng vậy trừ khi đến viện quá muộn, không còn sức nữa. Thở cũng khó vì thở sâu rất đau.

– Chụp X quang: thường thấy liềm hơi bên phải

Khi đến muộn ngoài tình trạng toàn thân rất nặng (nhiễm trùng, nhiễm độc) có thể gặp các hình thái khác:

Áp xe dưới cơ hoành: một ổ dịch trong bụng có khí bên trong, hỏi lại tiền sử để xác định.



Thủng đã bít kín: dấu hiệu cơ năng và khám bụng đã giảm hẳn, chụp Xquang thấy liềm hơi.

Cần phân biệt với:

- Viêm tụy cấp: xét nghiệm amylase máu và nước tiểu.
- Viêm phúc mạc do mật: siêu âm chẩn đoán sỏi ống mật chủ hay sỏi túi mật, xét nghiệm bilirubin máu tăng cao, vàng da, vàng mắt khi khám.
- Áp xe gan vỡ: thường là áp xe do amip, siêu âm sẽ rõ ổ áp xe.

* Xử trí:

Mổ khâu lỗ thủng hoặc cắt dạ dày tùy theo điều kiện và khả năng: bệnh nhân đến sớm, ổ bụng sạch, toàn trạng tốt, khả năng hồi sức và phẫu thuật viên thì có thể cắt dạ dày, còn không thì khâu lỗ thủng nhưng nhớ điều trị nội khoa sau mổ (kháng sinh diệt *Helicobacter pylori* + Omeprazole + thuốc bọc niêm mạc).

Có thể mổ khâu lỗ thủng qua nội soi (những trung tâm đã mổ nội soi thường xuyên).

Khi không thể khâu được (lỗ thủng to quá, khâu sẽ bục lại hoặc tắc) và cũng không thể cắt dạ dày được thì đặt một ống dẫn lưu to vào lỗ thủng (tốt nhất, là ống Kehr to) lấy mạc nối cuốn xung quanh (thủ thuật Neumann).

III. TẮC RUỘT

Với 3 triệu chứng cơ năng: đau bụng từng cơn, nôn, bí trung đại tiện kèm với dấu hiệu thực thể là bụng chướng, quai ruột nổi hay điển hình hơn là rắn bò thì việc chẩn đoán tắc ruột là dễ dàng, nếu muốn chắc hơn thì chụp Xquang bụng sẽ thấy có hình mức nước ngang.

Tùy theo vị trí tắc, tùy theo thể bệnh mà biểu hiện lâm sàng sẽ thay đổi.

- Vị trí tắc: càng tắc cao thì càng nôn sớm và nhiều nhưng bí trung đại tiện càng chậm xuất hiện (nghĩa là trong giai đoạn đầu vẫn có trung tiện, đại tiện), bụng xẹp chứ không chướng nên quai ruột nổi và dấu hiệu rắn bò khó thấy.
- Thể bệnh: nếu tắc do thắt nghẹt hay xoắn thì dấu hiệu toàn thân rất nhanh chóng xuất hiện có khi là choáng và trụy tim mạch.
- Nếu tắc rất thấp như ung thư trực tràng thì tình trạng toàn thân tiến triển chậm nên bệnh nhân thường dễ muộn, có khi vỡ ruột mới chịu đến viện (nơi vỡ là manh tràng do giãn hoặc khối ung thư thủng, trong bụng toàn phân, rất nặng).

Nếu tắc không hoàn toàn thì ít ảnh hưởng đến toàn thân có khi bệnh nhân nằm nhà vì đã vài lần bị rồi lại khỏi.

Cần chú ý khi khám bệnh nhân tắc ruột:

– Tắc ruột cơ năng: ruột bị liệt (viêm phổi, chấn thương cột sống, tụ máu sau phúc mạc) không có chỉ định mổ. Dựa vào chụp bụng (chỉ thấy các quai ruột giãn mà không có mức nước).

– Tắc ruột do nghẹt: hay gặp nhất là thoát vị bẹn hay đùi, khi khám không chịu tụt quần xuống đùi nên bỏ quên, dẫn đến nhãm đường mổ, nặng nề cho bệnh nhân.

– Tắc ruột do dính: sau mổ hay có dính ruột, bệnh nhân có tắc ruột không hoàn toàn. Không nên quyết định mổ ngay mà điều trị bảo tồn (hút dạ dày, truyền dịch, giảm đau) nhiều khi qua khỏi.

– Không quên thăm trực tràng: để bỏ sót u trực tràng và khám răng: răng rụng nhiều, lại đã mổ cắt dạ dày thì rất dễ tắc ruột do bã thức ăn.

** Xử trí:*

– Không cần mổ ngay mà phải hồi sức trước, khâu chuẩn bị này càng tốt mổ càng dễ và càng đỡ nặng.

Hút dạ dày cho tốt.

Bù dịch và điện giải.

Kháng sinh dự phòng.

– Trừ khi là xoắn ruột có biểu hiện trụy tim mạch thì cần mổ sớm vừa hồi sức vừa mổ.

– Nguyên tắc khi mổ là: tìm nguyên nhân để giải quyết và làm xẹp ruột giúp hồi sức dễ dàng hơn sau mổ.

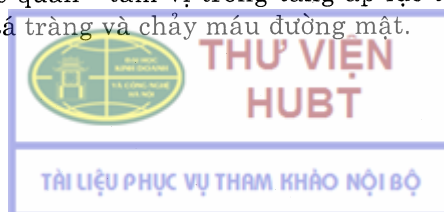
Lý tưởng là giải quyết được nguyên nhân: cắt dây chằng, gỡ dính, lấy dị vật, cắt u, cắt đoạn ruột hoại tử và lập lại lưu thông đường tiêu hóa, nhưng trên thực tế có khi chỉ giải quyết tạm thời (vì điều kiện tại chỗ và toàn thân) để lần sau mới giải quyết triệt để (hậu môn nhân tạo rồi cắt u sau) hoặc là giải pháp tình thế không có cách nào nữa (nối tắt trong u hay dính quá, hậu môn nhân tạo vĩnh viễn khi không có khả năng cắt u...)

Làm xẹp ruột rất có lợi cho mổ và hồi sức: khi ruột xẹp thì tìm nguyên nhân và giải quyết sẽ dễ dàng, sau mổ bụng không chướng đồ suy hô hấp, dịch ứ đọng không còn gây nhiễm độc.

Hồi sức sau mổ rất quan trọng.

IV. CHẢY MÁU ĐƯỜNG TIÊU HÓA TRÊN

Chảy máu đường tiêu hóa trên là chảy máu từ tá tràng trở lên. Thường biểu hiện bằng nôn ra máu. Có 3 nguyên nhân chính gây ra: chảy máu từ chỗ giãn vỡ tĩnh mạch thực quản - tâm vị trong tăng áp lực tĩnh mạch cửa, chảy máu từ ổ loét dạ dày - tá tràng và chảy máu đường mật.



Cần phải chẩn đoán phân biệt giữa 3 loại này để có cách xử trí thích hợp.

Về lâm sàng mỗi loại có các dấu hiệu chính sau:

- Chảy máu do tăng áp lực tĩnh mạch cửa: nôn máu đột ngột, dữ dội, máu đỏ tươi, lách có thể sờ thấy, gan teo và nước màng bụng.
- Chảy máu do loét dạ dày - tá tràng: thường có tiền sử ổ loét và chảy máu nhiều lần.
- Chảy máu đường mật: có dấu hiệu nhiễm trùng và vàng da.

Với hai phương tiện thăm dò là soi dạ dày và siêu âm đã nhanh chóng đưa lại những bằng chứng để chẩn đoán xác định nguyên nhân.

Soi dạ dày tá tràng: khi ống soi còn ở thực quản đã thấy các đám tĩnh mạch giãn có khi đang phun máu nếu không đưa xuống tâm vị trong tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Nếu là do loét thì nhìn rõ ổ loét còn đọng máu, có khi nhìn thấy cả một động mạch nhỏ giữa ổ loét đang phun, còn trong chảy máu đường mật thì máu dồn từ phía dưới của đoạn đầu tá tràng lẫn với mật.

Siêu âm: xác định sỏi túi mật và đường mật, gan có xơ không, có áp xe gan không.

* Xử trí:

Tuỳ theo nguyên nhân gây chảy máu mà có thái độ xử trí tương ứng, tất nhiên phải hồi sức chủ yếu là bù máu.

- Tăng áp lực tĩnh mạch cửa: tiêm xơ hay thắt giãn tĩnh mạch qua nội soi. Không nên mổ cấp cứu mà đợi ổn định để làm thủ thuật phân lưu tĩnh mạch cửa - chủ.

Điều trị nội khoa kết hợp bằng tiêm Pitutrin TM hay Somatostatin, ức chế beta.

- Chảy máu trong loét dạ dày - tá tràng: có thể tiêm xơ cấp cứu trong nội soi hoặc mổ: tuỳ theo điều kiện bệnh nhân và khả năng người mổ mà khâu cầm máu hay cắt dạ dày.

- Chảy máu đường mật: nếu do viêm túi mật chảy máu thì tốt nhất là cắt túi mật, nếu là chảy máu đường mật do nhiễm trùng vì sỏi mật hay giun thì trước hết phải lấy các dị vật đó khỏi đường mật, dẫn lưu đường mật tránh ứ đọng. Đôi khi phải thắt động mạch gan hoặc cắt gan nếu thương tổn khu trú (áp xe).

V. VIÊM TỤY CẤP

Viêm tụy cấp thường gặp trong lâm sàng và gây lúng túng trong chẩn đoán do không có một dấu hiệu đặc hiệu, dễ nhầm với bệnh khác dẫn đến xử trí không đúng.



Đau bụng là dấu hiệu bao giờ cũng có: đau dữ dội ngay mũi ức lan lên trên và ra sau lưng, dễ nghĩ đến thủng dạ dày.

Nôn, buồn nôn và bí trung đại tiện, bụng căng làm cho tướng lăm với tắc ruột.

Toàn thân trong tình trạng kích thích, vật vã, nếu nặng (viêm tụy chảy máu) thì có choáng, trụ tìm mạch.

Amylaze máu và nước tiểu tăng rõ rệt.

Có thể thấy bạch cầu tăng, calci giảm, đường máu tăng.

Chụp bụng không chuẩn bị chủ yếu là tìm liềm hơi (để xác định thủng dạ dày) mức nước - hơi (trong tắc ruột).

Siêu âm: dễ thực hiện nhưng nhiều khi vì ruột chướng hơi mà không thăm dò được: vùng tụy phù nề, kích thước tụy to ra, nếu thấy sỏi mật (túi mật và đường mật) thì hướng tới viêm tụy hơn.

Chụp cắt lớp: dấu hiệu đưa lại rõ ràng hơn nhiều so với siêu âm, có thể thấy vùng tụy hoại tử, nó còn có tác dụng rất tốt để theo dõi tiến triển, từ đó có thái độ xử trí kịp thời (mổ chứ không bảo tồn nữa).

Với thang điểm của Ransom có thể tiên lượng được tỷ lệ tử vong: 0-2 điểm: 2%, 3-4 điểm: 15%, 5-6 điểm: 40%, 7-8 điểm: 100% tử vong.

* Xử trí:

Viêm tụy cấp chủ yếu là điều trị nội khoa bảo tồn và là điều trị triệu chứng:

Chống choáng: hồi phục khối lượng tuần hoàn giảm do thoát dịch quanh tụy, sau phúc mạc.

- Điều chỉnh rối loạn điện giải.
- Hút dạ dày để giảm tiết dịch tụy.
- Giảm đau.
- Thở oxy

Phòng - chống suy thận cấp

Kháng sinh và corticoid còn đang bàn cãi.

Theo dõi để biết diễn biến của viêm tụy cấp: khối, hoại tử, áp xe, nang giả.

* Chỉ nên mổ trong những trường hợp sau:

- Khi rõ nguyên nhân cơ giới như sỏi túi mật, sỏi đường mật, giun chui vào ống Wirsung (có thể gặp qua nội soi). Viêm tụy hoại tử chảy máu: để dẫn lưu và lấy các mô hoại tử.

Không xác định được chắc chắn phải mổ thăm dò.

VI. VIÊM TÚI MẬT CẤP

Càng ngày càng gặp nhiều viêm túi mật cấp nhất là khi có siêu âm. Có hai loại: viêm do sỏi và viêm không do sỏi, ở nước ta cần chú ý hay kèm với sỏi đường mật.

Đau vùng hạ sườn phải kèm sốt. Thường không có dấu hiệu vàng da, nếu có phải nghĩ ngay đến sỏi đường mật kèm theo để khi mổ không quên thăm dò hoặc khi làm siêu âm ghi chú để xác định có sỏi đường mật hay không.

Khám bụng có thể thấy túi mật căng to và phản ứng dưới bờ sườn phải.

Siêu âm bụng là phương tiện rất tốt để chẩn đoán xác định khi có các dấu hiệu: túi mật to, thành dày, hình hai bờ do phù nề quanh túi mật, dịch mật không trong, sỏi trong túi mật hay ở đường mật.

- Khi bệnh nhân đến muộn có thể thấy hai hoàn cảnh:

Đám quánh túi mật: vùng dưới sườn phải là một khối đặc không rõ danh giới lấm, đau.

Viêm phúc mạc: đau khắp bụng hay ít nhất cũng là đau nửa bụng phải.

* Xử trí

Khi đã chẩn đoán là viêm túi mật và vùng hạ sườn phải có phản ứng thành bụng thì cần mổ sớm cắt túi mật để tránh viêm phúc mạc nhất là ở người có tuổi.

Mổ mở cắt túi mật kinh điển: xuôi dòng hay ngược dòng hoặc mổ cắt túi mật nội soi. Mổ nội soi rất phổ biến, sau mổ nhẹ nhàng nhưng không nên cố mổ trong những trường hợp sau.

- Đã mổ tầng trên bụng: nguy cơ dính.
- Khi mổ nội soi mà quá 30 phút vẫn không vào được cuống túi mật.
- Nếu chảy máu khó cầm. Cần chuyển sang mổ mở.

VII. THOÁT VỊ NGHỆT

Có nhiều loại thoát vị: bẹn, đùi, rốn, bịt... loại nào cũng có thể gây nghẹt nhưng thường là xử trí muộn do không chẩn đoán kịp thời (nhất là thoát vị lỗ bịt) dẫn đến cắt ruột. Ở đây chỉ nói đến thoát vị bẹn và đùi nghẹt là hai loại thoát vị hay gặp nhất.

Lâm sàng

Đau vùng bẹn - đùi là dấu hiệu hay gặp nhất - đau đột ngột nhất là sau một động tác làm tăng áp lực trong bụng (mang vác một vật nặng) hoặc nhảy từ trên cao xuống.



Nôn - buồn nôn

Đối với thoát vị bẹn thường là trước đây đã có, nay khối thoát vị xuống mà không lên được, đau, còn thoát vị đùi thường là lần đầu. Khám vùng bẹn: rất hay quên hay ngại khám nên đã bỏ qua. Có một khối tròn ngay gốc bìu hoặc khối này xuống tận bìu (đối với thoát vị bẹn) hoặc một khối tròn dưới nếp bẹn, nửa trong của nếp (đối với thoát vị đùi). Khi nắn bao giờ cũng gây đau. Cần hết sức thận trọng vì chính người bệnh nói là vẫn có từ trước nên tưởng là hạch viêm.

Nếu đến muộn (sau 12 giờ) dấu hiệu tắc ruột đã rõ ràng, có khi là dấu hiệu viêm phúc mạc vì ruột hoại tử.

* Xử trí:

Có thể điều trị bảo tồn (nằm yên, dùng thuốc giảm đau) đối với những trường hợp như: trẻ con, khối thoát vị to, đã xuống nhiều lần, ít đau, nhưng sau khoảng vài giờ, nếu không đỡ (khối thoát vị tụt lên) thì nên mổ (Có thể lúc gây mê khối này sẽ tụt lên).

Mổ nhằm 2 mục đích: kiểm tra khối thoát vị và khâu phục hồi thành bụng.

Kiểm tra khối thoát vị: khối thoát vị (ruột, mạc nối) có phải cắt bỏ không? Cần chú ý có khi khối này tụt lên trên vào trong bụng rất khó tìm, trong trường hợp nghi ngờ có khi phải mổ bụng (dịch hồng sẫm, dịch đục, có mùi trong bao thoát vị). Khối thoát vị có khi chỉ bị nghẹt một phần thành bên ruột, dễ bỏ sót gây viêm phúc mạc hoặc quai ruột thoát vị hình W, mổ bao thoát vị chỉ nhìn thấy 2 quai bình thường còn quai hoại tử nằm trong bụng.

Khâu phục hồi thành bụng: trên nguyên tắc là khâu những phần chắc với nhau chứ không phải khâu nhiều lớp những phần lỏng lẻo. Một phía là cung đùi, phía kia là gân kết hợp - cân cơ chéo lớn, có thể cả cân cơ thẳng, khâu sau từng tĩnh để khâu bịt lỗ bẹn (nơi chịu áp lực nhiều hơn).

VIII. CHẤN THƯƠNG VÀ VẾT THƯƠNG BỤNG

Chấn thương và vết thương bụng đều gây những thương tổn trong bụng giống nhau, nguyên tắc xử trí không có gì khác nhau. Thương tổn ngoài thành bụng chỉ là thứ yếu.

Về mặt lâm sàng đương nhiên tác nhân gây ra khác nhau: trong chấn thương thì không có vết thương, có khi chỉ là đụng dập, còn trong vết thương thì tùy là vật sắc nhọn hay hoá khí, tuy nhiên thương tổn trong bụng đều thể hiện bằng hai hội chứng: hội chứng viêm phúc mạc và hội chứng chảy máu trong, hai hội chứng này riêng biệt hoặc kết hợp.

– Hội chứng viêm phúc mạc:

Đau: ở xa nơi tổn thương thành bụng mới có giá trị. Sốt, bụng chướng: thường gõ trong.

Cảm ứng phúc mạc hay co cứng thành bụng.

Dấu hiệu nhiễm trùng, bạch cầu tăng.

Xquang: tìm liềm hơi, thành quai ruột dày, quai ruột chướng hơi, nếu vỡ tá tràng có thể thấy hình thận bao quanh bởi khí.

Siêu âm: có dịch trong bụng và Douglas

Hội chứng chảy máu trong

Đau và chướng bụng

Gõ bụng: đặc

Cảm ứng phúc mạc.

Dấu hiệu mất máu: nhợt nhạt, mạch, HA thay đổi. Hồng cầu, hematocrit giảm.

X quang bụng: hình mờ đều.

Siêu âm: như trên.

Trong trường hợp nghi ngờ (cho cả hai hội chứng) chọc rửa ổ bụng có giá trị chẩn đoán xác định rất tốt = hồng cầu trên $100.000/\text{mm}^3$ (chảy máu) bạch cầu trên $500/\text{mm}^3$ (viêm phúc mạc). Nếu vẫn nghi ngờ (chưa đạt số lượng hồng cầu hay bạch cầu) thì lưu ống thông để rửa lại lần 2 sau 2 giờ.

* Xử trí

Tuỳ theo thương tổn mà điều trị thích hợp.

Cần kết hợp hồi sức nhất là khi chảy máu trong bụng.

Dạ dày: khâu

Ruột non: khâu hay cắt đoạn. Nối trực tiếp ngay.

Đại tràng: hậu môn nhân tạo trên chỗ thương tổn. Có thể khâu chỗ thương tổn rồi dính vào ngay đường mổ hoặc đưa cả đoạn đó ra ngoài. Cắt đoạn rồi đưa cả 2 đầu hay đầu trên ra ngoài, còn đầu dưới khâu kín. Tất cả sẽ mổ lại thì 2.

Tá tràng: có thể vỡ sau phúc mạc hoặc vỡ vào phúc mạc. Nguyên tắc là khâu kín vết thương tá tràng và hút hết dịch tiêu hóa (dạ dày, mật, tụy) trong những ngày đầu tránh bực, nuôi dưỡng bằng đường hồng tràng.

Bàng quang: khâu kín, mở thông bàng quang.

Cơ hoành: sau khi làm sạch khoang màng phổi, dẫn lưu màng phổi rồi khâu kín cơ hoành bằng chỉ chắc.

Gan: khâu cầm máu chứ không ép 2 mặt lại với nhau. Nếu dập nát nhiều thì cắt gan, không có khả năng cắt thì đành phải thắt động mạch gan hoặc chèn gạc.

Lách: cố gắng khâu bảo tồn hoặc cắt một phần do dập nát, khi không bảo tồn được thì mới cắt lách.

Tụy: khâu, cắt phần đuôi tụy khi dập nát cùng với lách. Cắt khung tá tụy là một phẫu thuật nặng trong cấp cứu. Dẫn lưu vùng hậu cung mạc nối.

Thận: chủ yếu là bảo tồn (máu tụ sau phúc mạc không nên mở ra) khi không bảo tồn được thì khâu chỗ rách, cắt một phần thận, hoặc cắt thận. Nguyên tắc là cố gắng giữ lại càng nhiều nhu mô thận càng tốt.

Tử cung: khâu, chỉ cắt khi dập nát nhiều.

IX. THOÁT VỊ CƠ HOÀNH NGHỆT

Thoát vị cơ hoành do hai nguyên nhân: Bẩm sinh (trong phần cấp cứu Nhi) và mắc phải (chấn thương kín và vết thương).

Với chấn thương kín, cơ hoành bị vỡ do áp lực trong bụng tăng đột ngột, thường rách rộng, nát.

Với vết thương (vết thương ngực - bụng) cơ hoành bị thủng, vết thương nhỏ, gọn.

Phần lớn là thoát vị bên trái vì bên phải có gan che phủ nên dù vòm hoành có vết thương hay vỡ, thì gan đến bịt lại.

Dấu hiệu thoát vị cơ hoành nghẹt có thể là ngay sau chấn thương nhưng cũng nhiều khi là lâu, người bệnh quên không còn nhớ chấn thương nữa.

Về lâm sàng: có hai hội chứng: một ở trên ngực, một ở dưới bụng. Ở trên ngực là dấu hiệu khó thở, nghe không thấy tiếng thở mà lại có tiếng óc ách nhu động (dạ dày, ruột). Tim lệch sang phải khi nghe tim. Ở dưới bụng là hội chứng tắc ruột.

Chụp Xquang ngực thẳng thấy có một hay nhiều mức hơi và nước trên ngực, nếu dạ dày lên trên ngực thì có mức nước ngang rất to, có khi nhâm với tràn dịch, khí màng phổi. Khi đặt ống thông dạ dày sẽ thấy hình ống thông trên ngực. Nếu là lách thì chỉ thấy một khối mờ (nhờ siêu âm tìm lách trong bụng).

* Xử trí:

Đáng lẽ sau khi thoát vị cơ hoành (chưa nghẹt), đã phải mổ để giải quyết (đưa tạng xuống bụng, khâu lại cơ hoành) nhưng trên thực tế vì không chẩn đoán được nên lúc nghẹt mới biết.

Thường là mổ đường bụng (dưới bờ sườn) để kéo các tạng thoát vị lên ngực xuống bụng nhưng đôi khi các tạng này dính chặt phía trên ngực, không thể giải phóng được vì thế có người chủ trương mổ đường ngực.

Mở rộng lỗ cơ hoành nhưng không được mở rộng quá như để gõ dính trên ngực sẽ gây suy hô hấp sau mổ. Đưa các tạng xuống bụng.

Dẫn lưu màng phổi trước khi khâu kín cơ hoành.

X. NHỮNG CẤP CỨU VÙNG TĂNG SINH MÔN

Thương tổn vùng tăng sinh môn (trong đó có hậu môn - trực tràng) nhiều khi là một cấp cứu vì bệnh nhân rất đau không thể chịu đựng được hoặc là chảy nhiều máu. Việc xử trí nhiều khi gây lúng túng.

1. Vết thương vùng hậu môn - trực tràng và tăng sinh môn

Vết thương gây ra do cố ý (như đâm) hay do mắc phải (vật nhọn đâm vào, vết thương hoá khí...).

Đây là vùng có hai đặc điểm: rất nhạy cảm (rất đau) và rất nhiều mạch máu (chảy máu).

Hai cơ quan chính cần xác định thương tổn: tiêu hóa (trực tràng trong đó có cơ thắt hậu môn) và tiết niệu - sinh dục (niệu đạo, âm đạo, bàng quang).

*** Xử trí**

Bao giờ cũng phải gây mê hay gây tê tuỷ sống để hoàn toàn hết đau thì mới thăm dò kỹ càng, tránh sót thương tổn.

Cần phải cắt lọc tốt từ ngoài vào trong vì rất dễ nhiễm trùng. Lấy hết dị vật (bùn đất nhất là đầu que).

Nếu thấy thủng vào phúc mạc thì phải mổ bụng ngay để kiểm tra.

Đối với trực tràng: khâu cầm máu. Nếu vết thương xuyên vào ổ bụng phải làm hậu môn nhân tạo ở đại tràng sigma.

Khâu lại cơ thắt hậu môn.

Đối với âm đạo: vết thương chảy máu dữ dội, chỉ có khâu mới cầm được máu.

Khi có thương tổn niệu - đạo bàng quang: cần mổ thông bàng quang, đặt thông trong niệu đạo.

2. Các bệnh vùng hậu môn - trực tràng

- Trĩ tắc mạch.

Búi trĩ ngay ngoài bị tắc mạch hoặc búi trĩ bên trong.

Đau dữ dội.

Khám thấy một khối tím sẫm, chạm vào đau.

Điều trị bảo tồn như ngâm trong nước ấm nhiều lần trong ngày, thuốc giảm đau, thuốc nhuận tràng tránh táo.



Nếu sau vài ngày không đỡ thì phải rạch búi trĩ để lấy máu cục.

- Áp xe hậu môn - trực tràng.

Là áp xe xung quanh ống hậu môn, nếu không kịp dẫn lưu sẽ vỡ ra ngoài hay vào trong lòng trực tràng.

Nhìn bên ngoài thấy vùng sưng tấy đỏ, rất đau nhưng đối với những áp xe ở sâu thì phải thăm trực tràng mới biết.

Gây tê tuỷ sống.

Chích áp xe

- Nút kẽ hậu môn.

Rất đau khi đại tiện

Nhiều khi phải gây tê giảm đau thì mới khám được (thăm trực tràng hay soi trực tràng).

Có vết loét hình vệt từ trong ra ngoài.

Banh rộng hậu môn, lấy bỏ toàn bộ vết loét, mở cơ tròn trong. Nếu là vết nứt mới thì hạ niêm mạc trực tràng xuống che phủ, còn vết nứt cũ thì để tự nhiên.

TIẾT NIỆU

I. BÍ ĐÁI CẤP

Người bệnh không thể cho nước tiểu trong bàng quang ra ngoài mặc dù đầy nước tiểu trong bàng quang, có khi vì căng quá mà nước tiểu rỉ ra miệng sáo.

Bệnh nhân bồn chồn, đứng ngồi không yên và rất đau nhất là khi ấn vào vùng trên xương mu.

Việc chẩn đoán không khó khăn nhưng điểm chính là vì sao lại bí đái cấp.

Trẻ con nhiều khi là do phản xạ. Người già hay gặp nhất là u xơ phì đại tuyến tiền liệt. Người trẻ là chấn thương niệu đạo (kiểu ngã ngựa) hay nhiễm trùng (giang mai, lậu).

Nguyên nhân chung là sỏi kẹt niệu đạo.

Khám bằng tay có thể sờ thấy viên sỏi trong niệu đạo (ở miệng sáo thì nhìn thấy) sờ dọc niệu đạo vào gốc bìu.

Khám bằng ống thông thấy vị trí tắc hẹp, nếu là que sắt sẽ có dụng chạm trong sỏi niệu đạo.

Thăm trực tràng để biết u xơ tiền liệt tuyến.

Thăm âm đạo: sa tử cung, u xơ tử cung.

Siêu âm: tìm u xơ tiền liệt tuyến

Xquang bụng: tìm sỏi, niệu đạo, bàng quang.

* Xử trí:

– Thông đài: đảm bảo vô trùng. Dùng ống thông cao su thẳng hay đầu cong lên (Tiemann) 18 F, nhẹ nhàng đẩy vào. Nếu thấy chảy máu niệu đạo thì không làm nữa.

– Chọc bàng quang trên xương mu để dẫn lưu: có bộ làm sẵn để chọc hoặc không thì dùng trocar chọc trên xương mu 2cm, luồn ống thông có hình hoa khế để lưu trong bàng quang. Cố định với da.

– Mở thông bàng quang.

Đây là bước đầu chỉ để khỏi bí đái, còn nguyên nhân gây bí đái sẽ giải quyết sau. Đối với sỏi kẹt niệu đạo dùng bơm tiêm 50ml bơm ngược từ miệng sáo, viên sỏi có thể chui vào lại bàng quang (cấm không được dùng kẹp đưa vào trong niệu đạo để bóp vỡ hay lôi sỏi ra ngoài, dù viên sỏi ở ngay miệng sáo cũng phải rạch rộng miệng sáo).

II. DẬP NIỆU ĐẠO

Có 2 loại: dập niệu đạo trước và dập niệu đạo sau. Mỗi loại do nguyên nhân riêng, triệu chứng lâm sàng cũng như cách xử trí cũng khác nhau.

1. Dập niệu đạo trước

Niệu đạo trước có 2 phần: phần di động (niệu đạo dương vật) bị tổn thương thường khi đang cương cứng và bẻ gãy; phần cố định (niệu đạo tầng sinh môn) bị thương tổn do ngã ngựa (một bên là vật cứng, một bên là xương mu ép dập niệu đạo ở giữa).

Đái ra máu hoặc máu giọt ở miệng sáo.

Tụ máu hình cánh bướm ở tầng sinh môn.

Bí đái

Diễn biến: viêm tắc nước tiểu vùng tầng sinh môn và hẹp niệu đạo là hai biến chứng.

* Xử trí

- Nếu bệnh nhân đái được: chỉ theo dõi, dùng kháng sinh và giảm đau. Sau một tuần kiểm tra (chụp niệu đạo) nếu có hẹp thì bắt đầu nong.

– Nếu bệnh nhân không đái được: máu chảy ít thì thủ thông đái, nếu được để lại ống thông trong vài ngày sau đó rút và kiểm tra niệu đạo. Nếu chảy máu nhiều thì mở thông bàng quang, đặt ống thông niệu đạo.

Khi có máu tụ lớn tầng sinh môn: rạch tầng sinh môn lấy hết máu tụ, đặt ống thông niệu đạo, mở thông bàng quang. Việc khâu lại niệu đạo nếu không có điều kiện sẽ khâu sau.

2. Dập niệu đạo sau

Nguyên nhân do vỡ xương chậu, khung chậu lệch giằng xé làm đứt niệu đạo màng.

Bệnh nhân không đái ra máu, không có máu tụ tầng sinh môn (có thể có máu tụ quanh hậu môn).

Bí đái

* Xử trí

Thủ thông bàng quang nếu thấy cản trở thì ngừng thông ngay.

Mở thông bàng quang.

Nếu có khả năng đặt ống thông niệu đạo để giảm di lệch niệu đạo.

Việc khâu nối niệu đạo tức thì chỉ thực hiện ở cơ sở chuyên khoa.

3. Vỡ bàng quang

Bàng quang bị vỡ do hai cơ chế sau:

– Khi bàng quang căng, chấn thương vùng bụng dưới gây tăng áp lực đột ngột, vùng vòm bị vỡ, thường là vỡ vào ổ phúc mạc.

– Xương chậu gãy, đầu xương chọc vào bàng quang (thường là trong bàng quang có nhiều nước tiểu) gây thủng (thực chất là vết thương bàng quang chứ không phải vỡ), nước tiểu rò ra khoang bên ngoài bàng quang (vỡ bàng quang ngoài phúc mạc).

Về mặt lâm sàng:

Cả hai trường hợp trên đều đau.

Không thấy cầu bàng quang dù thời gian sau chấn thương đã lâu.

Có choáng

Bụng chướng, gõ đục khắp bụng nhưng không có dấu hiệu viêm phúc mạc khi vỡ vào trong ổ bụng. Còn nếu là vỡ ngoài phúc mạc thì vùng trên xương mu căng và đau.

Thông đái: đưa ống thông dễ dàng vào trong bàng quang nhưng không ra nước tiểu hoặc chỉ có ít và không thấy có tia nước tiểu xoáy cuối bãi.

Thăm trực tràng: túi cùng Douglas đau, lũng nhùng do khối nước tiểu và máu sau bàng quang.

Siêu âm: có dịch trong ổ bụng hoặc dịch xung quanh bàng quang (dưới phúc mạc) hoặc khối máu cục trong bàng quang.

* Xử trí:

Hồi sức: vì mất máu (do vỡ xương chậu kèm theo).

Bàng quang: sau khi cắt lọc, khâu kín bàng quang bằng chỉ tự tiêu. Dẫn lưu bàng quang hệ thống. Dẫn lưu khoang Retzius khi có ngấm nước tiểu.

Ngoài ra cần cố định gãy xương chậu nếu vỡ (nằm võng bất động hay kết hợp xương).

4. Chấn thương thận

Thận là một tạng nằm phía sau lưng có xương sườn che phủ phía sau, một khi bị tổn thương thường hay kèm theo thương tổn các tạng khác nhất là do đạn bắn.

Mức độ thương tổn thận có thể từ đụng dập cho đến đứt nát một phần và đứt hoàn toàn cuống thận, tùy theo thương tổn trên mà dấu hiệu lâm sàng sẽ thay đổi.

Đau vùng thắt lưng. Có một số bệnh nhân choáng.

Đái ra máu là dấu hiệu thường gặp nhất.

Bụng chướng và tắc ruột cơ năng.

Cần chú ý chỉ đái máu khi thương tổn nhu mô thông với đài bể thận và không phải thương tổn càng nặng đái máu càng nhiều: khi đứt cuống thận hoàn toàn thì không đái máu.

Theo dõi đái máu và dấu hiệu toàn thân là quan trọng nhất, để quyết định thái độ xử trí (có khi đái máu giảm nhưng sau khoảng 1 tuần lại tăng do nhu mô thận hoại tử).

Khám thấy khối căng vùng thắt lưng.

Chụp Xquang: vùng thận mờ. Chụp thận đường tĩnh mạch rất có giá trị: thuốc cản quang tràn ra xung quanh ổ thận, hình tách rời đài thận, thận hoàn toàn không ngấm thuốc.

Ngoài ra còn cho biết thận bên đối diện.

Siêu âm: thấy hình thận có đường vỡ thận, tụ máu quanh hay trong thận.

Chụp cắt lớp có bơm thuốc cản quang sẽ nhìn rõ thương tổn.

* Xử trí:



Hồi sức và điều trị bảo tồn: nằm bất động, giảm đau, lợi tiểu, kháng sinh.

Phần lớn là tự khỏi.

Mổ trong hoàn cảnh sau: máu ra máu tăng mà không giảm, khối máu tụ to ra, toàn thân ngày càng giảm dù đã hồi sức đối với những thương tổn do đạn bắn thì cần mổ ngay.

Một khi chẩn đoán là đứt rời cuống thận thì phải mổ càng sớm càng tốt mới có hy vọng khâu lại cuống thận và giữ thận.

Khi mổ: nguyên tắc là bảo tồn tối đa nhu mô thận.

NHI KHOA

I. TEO THỰC QUẢN

Teo thực quản là một dị tật bẩm sinh, cần phải chẩn đoán sớm và điều trị ngay sau sinh thì mới đem lại kết quả tốt, nếu không phần lớn đều chết vì viêm phổi.

Khi thực quản teo, thường có rò với khí quản, hoặc đầu trên, hoặc đầu dưới.

Dấu hiệu lâm sàng hay gặp nhất là sùi bọt ở mũi và miệng ngay sau sinh như kiểu con cua sùi bọt.

Tím môi, khó thở.

Viêm phổi, sốt.

Nếu như không có rò với khí quản hoặc chỉ có đầu trên rò với khí quản thì bụng xẹp vì trong dạ dày và ruột không có hơi nuốt xuống.

Không đặt ống thông dạ dày được nhưng cần phải đặt sớm để hút nước bọt khỏi vào phổi từ túi cùng của thực quản.

Chụp X quang có bơm thuốc cản quang để thấy túi cùng trên thực quản.

Siêu âm nhằm mục đích phát hiện các dị tật phổi hợp.

* Xử trí

Hút ống thông đặt vào thực quản.

Lập đường tĩnh mạch để hồi sức trong mổ và nuôi dưỡng sau mổ.

Thường là thiếu cân nên cần giữ thân nhiệt.

Mổ ngực bên phải sau bên ngoài màng phổi.

Cắt hai đầu rồi khâu nối tận tận sau khi đã giải phóng để khỏi căng.

Nếu nặng quá, có thể thì đầu tiên mở thông dạ dày nuôi dưỡng và đưa đầu trên ra cổ dẫn lưu sau đó mới khâu nối.

II. TẮC RUỘT Ở TRẺ EM

Tắc ruột ở trẻ em có thể biểu hiện ngay sau đẻ trong những ngày đầu (tắc ruột sơ sinh) hoặc trong quá trình trưởng thành (tắc ruột ở trẻ em).

Đối với loại tắc ruột sơ sinh, nguyên nhân phần rất lớn là do bẩm sinh, vị trí tắc có thể từ tá tràng cho tới trực tràng và hậu môn.

Đối với tắc ruột trẻ em có thể là do dị tật bẩm sinh nhưng không biểu hiện sớm sau sinh, có thể là do mắc phải như thường gặp: tắc ruột do giun, do lồng ruột, do bã thức ăn, do xoắn ruột.

Biểu hiện lâm sàng: đều là hội chứng tắc ruột, nhưng tùy theo vị trí tắc (cao hay thấp của đường tiêu hóa) mà các dấu hiệu thay đổi: tắc cao: nôn sớm, mất nước nhiều, bụng xẹp... tắc thấp: nôn muộn, bụng chướng....

Chụp bụng không chuẩn bị sẽ thấy có mức hơi và nước: nếu tắc tá tràng sẽ thấy 1 mức nước là của dạ dày, 1 mức nước nữa là của tá tràng, nếu tắc thấp sẽ thấy rất nhiều mức nước.

Thụt baryt đại tràng để xem có xoắn ruột và vị trí khung đại tràng.

* Xử trí

Cần phải xử trí sớm: hồi sức và mổ. Đối với trẻ sơ sinh cần luôn luôn theo dõi thân nhiệt để giữ cho khỏi tụt (hâm ấm dịch truyền, lồng ấp, thở oxy...).

Mổ nhằm mục đích phục hồi lưu thông đường tiêu hóa. Tùy theo nguyên nhân mà giải quyết thích hợp.

III. THOÁT VỊ CƠ HOÀNH Ở TRẺ SƠ SINH

Do phát triển của cơ hoành không hoàn thiện mà để lại những lỗ thủng ở cơ hoành. Loại thoát vị cơ hoành hay gặp nhất là loại Bochdaleck, sau đó là qua lỗ Morgagni và Larey.

Việc chẩn đoán dị tật này trước khi sinh đã có thể thực hiện được bằng siêu âm, từ đó chuẩn bị để có thể can thiệp kịp thời, chuyển ngay cháu bé đến cơ sở phẫu thuật trẻ sơ sinh vì những thoát vị cơ hoành nếu không được can thiệp kịp thời sẽ chết vì suy hô hấp.

Về lâm sàng có những dấu hiệu sau:

Suy hô hấp: khó thở, tím.



Bụng xẹp, ngực bên thoát vị phồng hơn bên bình thường.

Nghe phổi: mất rì rào phế nang nhưng lại thấy tiếng nhu động ruột. Trung thất bị đẩy sang bên đối diện.

X quang: nhìn rõ hình những quai ruột với khí và dịch, nếu dạ dày thoát vị sẽ có hình mức ngang dài. Đường ranh giới của vòm hoành mất. Nếu không rõ những hình trên có thể chụp cản quang, vì có khi chỉ có đại tràng thoát vị lên.

* Xử trí

Cần mổ sớm nhất là những cháu suy hô hấp nặng.

Mổ đường bụng: kéo các tạng trở về bụng (có khi rất khó kéo thì đưa 1 ống thông qua lỗ thoát vị để khi kéo tạng xuống, hơi theo ống thông vào lồng ngực).

Kiểm tra xem phổi có nở không (thiếu sản) và có túi thoát vị không để cắt bỏ.

Khâu cơ hoành: chú ý những lỗ to, sau khi khâu bị căng dễ bục, phải dùng màng nhân tạo vá, hoặc thoát vị mà không còn phần cơ để khâu (Bochdaleck), phải khâu vào thành ngực nơi không còn bờ cơ.

Dẫn lưu màng phổi: nếu nghi có thiếu sản phổi thì nên dẫn lưu, hút liên tục giúp cho phổi nở tốt hơn.

IV. LỒNG RUỘT

Thường xảy ra ở trẻ còn bú.

Đau bụng đột ngột, dữ dội (cháu khóc thét từng cơn) sau cơn đau ngủ thiếp.

Khi đau nôn vọt ra sữa, hết đau lại bú. Nếu muộn có thể nôn ra nước mật.

Ỉa ra máu sau một thời gian vài giờ (càng ỉa máu sớm càng nặng).

Khám bụng vào lúc không đau có thể sờ thấy khối lồng, vị trí của khối lồng thay đổi theo thời gian, lúc đầu còn ở dưới bờ sườn phải, di dần ra giữa sang trái rồi xuống hố chậu trái.

Thăm trực tràng: có máu đỏ theo tay, nếu quá muộn có thể sờ thấy khối lồng.

Tình trạng toàn thân thay đổi rất nhanh: mệt, mất nước có khi lả đi.

Chụp X quang: thấy hình ảnh tắc ruột.

Chụp đại tràng có thuốc cản quang: thấy rõ các hình của lồng ruột: còng cua, dây chèn....

Bơm không khí vào đại tràng: vừa để chẩn đoán vừa để tháo lồng.

Siêu âm: tùy theo lớp cắt là ngang hay dọc khối lồng mà có hình bánh kẹp hay hình nhiều vòng tròn lồng nhau.

* Xử trí:

Cần can thiệp ngay sau chẩn đoán để phòng hoại tử ruột.

Bơm hơi tháo lồng: đơn giản, tỷ lệ thành công cao. Khi có kinh nghiệm có thể không cần Xquang.

Mổ tháo lồng: khi bơm hơi không kết quả, lồng ruột đến muộn hoặc đã có dấu hiệu viêm phúc mạc.

Nếu ruột đã hoại tử, bắt buộc phải cắt ruột, nối ngay hay đưa 2 đầu ra ngoài rồi mổ kỳ 2 để đóng.

V. XOẮN TINH HOÀN

Xoắn tinh hoàn là một cấp cứu cần phải can thiệp thật sớm mới có thể bảo tồn được tinh hoàn (trong khoảng 4-6 giờ). Nếu không chẩn đoán được, tinh hoàn sẽ hoại tử và sẽ dẫn đến vô sinh do đó bắt buộc phải cắt bỏ bên tinh hoàn đã bị nhồi máu.

Dấu hiệu lâm sàng là đau đột ngột vùng bẹn - bìu.

Bên bìu có tinh hoàn xoắn sưng to. Nắn dọc theo ống bẹn rất đau - thuốc giảm đau không có tác dụng.

Siêu âm Doppler nhằm kiểm tra có còn dòng máu trong động mạch tinh hoàn không.

Đồng vị phóng xạ Technetium 99 có kết quả rõ rệt nhất.

Trong trường hợp nghi ngờ (phân biệt với viêm tinh hoàn, chấn thương...) cần mổ thăm dò.

* Xử trí

Tháo xoắn, cố định tinh hoàn. Nếu đã hoại tử thì phải cắt. Cố định tinh hoàn bên đối diện.

CHẤN THƯƠNG

I. VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

Vết thương phần mềm là loại thương tích phổ biến thường ngày, mặc dầu vậy nhiều khi gây ra lúng túng trong xử trí và để lại hậu quả đáng tiếc.

Cần phân biệt mức độ nhiễm khuẩn của vết thương để có thái độ xử trí thích hợp: sạch (trước 6 giờ), sạch nhiễm (sau 6 giờ) nhiễm (có dị vật hay dị vật nhiễm trùng) nhiễm trùng (có mủ). Đối với các vết thương do hoá khí bao giờ cũng coi là nhiễm trùng.



Những yếu tố sau đây ảnh hưởng đến khả năng nhiễm trùng và liền vết thương:

- Bệnh nhân: tuổi già, bệnh kèm theo (thiếu máu, đái đường, suy giảm miễn dịch).
- Vết thương: độ rộng vết thương, tính chất vết thương (vết thương gọn hay dập nát) mức độ nhiễm trùng, thời gian bị thương đến khi xử trí, vật sắc nhọn hay hoá khí.
- Yếu tố tại chỗ: cầm máu và cắt lọc, thời gian khâu da.

Có hai loại vết thương phân mềm:

* Loại đơn giản: chỉ rách da đơn thuần cùng lớp mỡ dưới da, nếu đến sớm trước 6 giờ, sau cắt lọc có thể khâu, nếu đến muộn, cắt lọc, để hở khâu thì 2 hay khâu muộn (sau 2 ngày).

* Loại phức tạp: vết thương sâu, nhiều góc ngách, dập nát nhiều kèm thương tổn phối hợp khác (mạch máu, thần kinh hay xương), cắt lọc, mở rộng lớp cân, để hở.

Đối với vết thương do hoá khí nhất là đạn có tốc độ nhanh (hơn 800m/sec) thương tổn lan rộng chứ không chỉ trên đường đi của viên đạn do hiện tượng lỗ hồng tạm thời cho nên sau cắt lọc không bao giờ được khâu.

Dù bất kể loại vết thương nào, trước khi cắt lọc đều phải rửa sạch bằng nước rửa vết thương hay huyết thanh mặn 9‰ vô trùng. Rửa thật nhiều nước. Không được đổ kháng sinh vào vết thương mà chỉ dùng thuốc sát trùng (Betadin).

Phải lấy hết dị vật trong vết thương (mảnh quần áo, đất, gỗ...).

Đặt dẫn lưu nếu thấy sẽ tiết dịch sau khi khâu. Ống dẫn lưu này tốt nhất là kín và hút vì dẫn lưu hở sẽ có nguy cơ nhiễm trùng từ ngoài vào. Khi dẫn lưu không ra dịch nữa thì rút ngay.

Dù bất kể trong điều kiện nào, rửa sạch vết thương, cắt lọc thật tốt, phá các góc ngách, cầm máu kỹ là cơ bản cho vết thương lành. Không được dùng kháng sinh thật nhiều, phổ rộng để thay thế cho những việc trên.

Một vài hoàn cảnh đặc biệt:

- Khâu ngay kỳ đầu: ở những nơi như da đầu, da mặt, bàn tay và vùng sinh dục (những nơi chảy máu nhiều).

- Lột da đầu: phải giữ miếng da lột, bảo quản vô trùng rồi cùng bệnh nhân đưa về trung tâm điều trị.

- Mất da gót chân: vùng gót chịu sức đè lớn nếu không có da che phủ thì không thể lành vết thương nhưng vùng da thay thế cũng rất dễ bị thương tổn. Phải lấy vật da có cuống ở gan chân thay thế còn lấy da chỗ khác ghép vào gan chân.

- Ở ngón tay và bàn tay: khi bị lột da, bóc lớp da bụng để đút vào và gửi cho chuyên khoa xử trí.

II. GẦY XƯƠNG HỖ

Có hai loại gãy xương hở:

1. Gãy hở từ ngoài vào: thương tổn phần mềm nặng, gãy xương phức tạp.
2. Gãy hở từ trong ra: thương tổn phần mềm đơn giản hơn.

Ngoài da bị tổn thương, bao giờ cũng phải thăm dò và đánh giá những thương tổn khác kèm theo: cân, cơ, mạch, thần kinh.

Cũng như vết thương phần mềm, cần đánh giá độ nhiễm trùng:

Chưa nhiễm trùng: nếu đến trước 6 giờ.

Tiềm tàng: từ 6-12 giờ.

Nhiễm khuẩn: quá 12 giờ.

Tuy nhiên tình trạng nhiễm trùng còn phụ thuộc vào: tính chất thương tổn (từ ngoài vào hay từ trong ra), hoàn cảnh nơi bị thương (nhiễm bẩn, dị vật, bùn hay sạch) tình trạng bệnh nhân (tuổi, có bệnh kèm theo như đái đường, suy giảm miễn dịch) sơ cứu (làm đúng nguyên tắc hay không đúng).

Gustilo dựa vào tổn thương phần mềm để phân loại: có 3 mức độ.

* Xử trí:

Sơ cứu: chỉ bôi thuốc sát trùng xung quanh vết thương. Bất động xương gãy cho tốt sau khi đã đắp gạc vô trùng lên vết thương. Phòng và chống choáng. Dùng kháng sinh toàn thân, chống uốn ván, giảm đau rồi chuyển bệnh nhân.

Chú ý: nếu chảy máu nhiều dùng băng ép chứ không đặt ga rô.

Tại phòng mổ: sau khi gây mê hay gây tê tuỷ sống mới rửa vết thương bằng nước và xà phòng, betadin. Rửa nhiều nước.

Cắt lọc vết thương thật kỹ lưỡng. Rửa vết thương betadin. Sau đó coi như thì sạch: rạch rộng vết thương, cắt lọc trong sâu. Làm sạch 2 đầu xương, chỉ lấy đi những mảnh xương nhỏ đã rời.

Nếu còn trong thời gian sạch (trước 6 giờ) vết thương phần mềm đơn giản, có thể kết hợp xương bên trong ngay. Nói chung thì không nên kết hợp xương ngay vì khi nhiễm trùng sẽ làm cho thương tổn phức tạp và xấu hơn lúc đầu.

Cố định xương bên ngoài là một phương pháp rất thích hợp nhất là trong những trường hợp đến muộn.

Nếu không có khung cố định ngoài thì bó bột hay kéo liên tục.



III. BỎNG

Bỏng do nhiều nguyên nhân gây ra: từ ánh sáng mặt trời cho đến nước sôi, lửa, hóa chất, điện, phóng xạ. Thường gặp nhất là nước sôi.

Về mức độ bỏng, chia làm 3 loại:

Độ I: chỉ ở lớp biểu bì (thượng bì): vì lớp này có đầu tận của thần kinh cảm giác nên rất đau rát. Thường hay nổi nốt phỏng nhưng không nhiễm trùng vì thế sẽ khỏi mà không để lại sẹo trong 7-10 ngày.

Độ II: bỏng xuống đến lớp bì, tế bào mầm, nên thời gian lành vết bỏng kéo dài hơn (hơn 3 tuần) bao giờ cũng để lại sẹo và phải ghép da.

Độ III: bỏng hết chiều dày của da, sâu đến lớp cơ vì mất hết thần kinh cảm giác nên không đau, vết bỏng trắng nhợt. Sau khi cắt lọc hết mô chết, vết bỏng rất lâu liền. Bắt buộc phải ghép da.

Ngoài ra là loại hỗn hợp giữa các độ với nhau.

Về mặt diện tích: thuận tiện nhất là lấy luật số 9 để tính ở người lớn: đầu cổ: 9%, tay: 9%, mặt trước thân: $9\% \times 2$, mặt sau thân: $9\% \times 2$, chân: $9\% \times 2$, vùng tầng sinh môn: 1%. Tuy nhiên ở trẻ con thì đầu to, chân bé nên đầu cổ là 18% còn chân chỉ có 11%.

* Xử trí

- Sơ cứu

Loại bỏ nguyên nhân gây bỏng

Cắt bỏ quần áo bên ngoài.

Rửa bằng nước mát để giảm bỏng thêm, nếu như vùng bỏng hạn chế có thể nhúng cả vùng đó vào nước mát (bàn tay) trong 30 phút. Nếu cả 1 vùng rộng, sau khi rửa cần phủ khăn để tránh mất nhiệt (nhất là ở trẻ con). 6 giờ đầu sau bỏng là thời gian nguy hiểm, cần chuyển sớm đi bệnh viện.

- Điều trị thực thụ:

Bỏng lúc đầu là vô trùng. Điều trị nhằm làm nhanh quá trình lành bệnh, tránh nhiễm trùng. Nhớ cho thuốc phòng uốn ván.

Cắt bỏ các nốt phỏng, các mô chết trong một vài ngày đầu (phải gây mê khi cắt bỏ). Rửa sạch bằng dung dịch sát trùng (chloroxidin 1,5g/l) không được dùng cồn. Bôi một lớp mỡ mỏng lên trên (mỡ bạc) băng ra ngoài.

Hồi sức: có vai trò sống còn đối với bệnh nhân bỏng đặc biệt ở những bỏng rộng (trên 70% diện tích cơ thể) và ở cháu bé (diện tích/ cân nặng ở trẻ con lớn hơn nhiều so với người lớn, gan thận và hệ thống miễn dịch chưa phát triển hoàn chỉnh...) hoặc người già (các bệnh phối hợp, sức chịu đựng giảm).

Đảm bảo thông khí tốt, đặc biệt đối với những người nghi có bọng đường hô hấp (bọng ở nơi nhiều khói, đóng kín hoặc bọng mặt), cần theo dõi SpO_2 .

Đặt nội khí quản nếu bệnh nhân bán hôn mê, ở những người nghi hoặc có bọng đường hô hấp phải đặt sớm vì sẽ phù nề, nếu cần mở khí quản.

Thông đái để theo dõi lưu lượng nước tiểu.

Đặt đường truyền to ở tĩnh mạch ngoại biên (không nên dùng tĩnh mạch trung tâm) (tăng đông, rủi ro nhiễm trùng).

Dịch truyền: trong khoảng 8-12 giờ đầu dịch mất rất lớn nên phải bù đủ. Dựa vào lưu lượng nước tiểu, phải đạt 0,5ml/kg/giờ, mạch dưới 120/phút. Ringer lactat là dịch truyền tốt nhất, trong ngày đầu số lượng dịch có thể tới 3-4ml/kg/1% của diện tích bỏng. Ít nhất trong 8 giờ đầu phải truyền 1/2 số lượng cả ngày. Dịch mặn ưu trương (240 mEq Na/l) dùng tăng dần để bù Na^+ (theo dõi không quá 160 mEq/l trong máu).

Tránh giảm thân nhiệt: nhiệt độ trong phòng phải trên $27^{\circ}C$, thuốc giảm đau tĩnh mạch.

Chống uốn ván nếu khi sơ cứu chưa tiêm.

- Sau giai đoạn ban đầu, phải tiếp tục hồi sức: lượng dịch mất được đánh giá = $(25ml \times \% \text{bỏng}) \times m^2$ cơ thể cho mỗi giờ. Lúc này có thể bù bằng đường uống.

Lượng calo và protid cần gấp đôi hàng ngày để làm cho bỏng chóng lành, sẹo, với người có diện tích bỏng lớn cần cho ăn bằng đường ống thông đặt vào ruột.

Kháng sinh: không nên dùng kháng sinh phổ rộng để dự phòng. Chủ yếu là chống streptococcus

Chăm sóc vết bỏng

Băng kín giúp đỡ đau và chóng lên da non, nhưng cũng có người chủ trương để hở.

Sulfadiazin bạc là thuốc được dùng phổ biến.

Thuốc mỡ betadin (Povidone Iodin) chống nấm và Gram (-) chỉ dùng cho những loại bỏng sâu vì khi bôi thuốc lên bỏng nông sẽ làm chậm lành vết bỏng (trừ trẻ con và người già).

Băng sinh học: da lợn (dễ kiểm) còn da người thì tốt hơn nhưng hiếm.

Đề phòng, điều trị các biến chứng.

Nhiễm trùng là biến chứng nặng. Nhiễm trùng có khi khó chẩn đoán vì sốt và bạch cầu tăng vẫn thường có trong bỏng. Nhiệt độ có thể tụt hơn bình thường, tình trạng tuần hoàn bất ổn lại là giai đoạn muộn nên dẫn đến nhiễm trùng máu (cần phân biệt với viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu, nhiễm trùng với dịch truyền TM). Cần dùng ngay kháng sinh và cấy vi trùng.

Bọng vòng tròn (quanh chi hay quanh người) sẽ gây chẹt lưu thông máu và bạch mạch, làm cho chi phía dưới phù nề hoặc chẹt lấy ngực khó thở. Cần phải rạch hay lấy bỏ một phần mô chết để giảm chẹt.

Loét dạ dày cấp tính: dùng thuốc chống acid và nuôi dưỡng.

Cơ co giật ở trẻ con do mất thăng bằng điện giải kèm với nhiễm trùng, thiếu oxy, phần lớn là do thiếu natri.

Sẩn sóc di chứng bọng: cần phải có phẫu thuật tạo hình nhất là ở các khớp bị co rút.

IV. HỘI CHỨNG CHÈN ÉP KHOANG

Hội chứng khoang là do áp lực trong khoang tăng lên gây chèn ép, mà khoang được cân bao bọc nên không giãn ra được. Có nhiều nguyên nhân gây hậu quả chèn ép khoang, trong đó nguyên nhân gãy xương là phổ biến nhất sau đó là do dập nát phần mềm, nối lại mạch máu ở những bệnh nhân đến muộn. ..

Những nơi hay có hội chứng khoang là: ở cẳng chân: khoang trước và khoang sau, ở chi trên là khoang trước cẳng tay.

Về mặt lâm sàng: đau không tương xứng với thương tổn, cơ vùng khoang căng, giảm cảm giác, giảm vận động các cơ vùng chèn ép, bắt mạch phía ngoại vi thấy giảm biên độ.

Đo áp lực khoang tăng (bình thường là 8-10 mmHg) nếu thấy trên 30 mmHg thì phải rạch cân ngay để giải phóng.

Khi nghi ngờ: bất động, để cao chi, thuốc giảm đau và chống phù nề.

* Xử trí

Rạch cân và da để giải phóng chèn ép khoang.

Cẳng chân: có 2 đường rạch: đường rạch phía ngoài dọc phía trước xương mác cho khoang trước và ngoài. Đường rạch phía trong khoảng 1-2cm sau bờ trong xương chày cho khoang nông vào sau cẳng chân.

Cẳng tay: rạch từ trên khớp khuỷu phía trong dọc theo phần giữa cẳng tay xuống cổ tay.

Sau khi rạch, để vết thương hở, băng gạc, khoảng 1 tuần sẽ khô lại hay vá da.

Chậm rạch cân để giải phóng khoang khoảng 8 giờ sẽ dẫn đến thương tổn không hồi phục của cơ và thần kinh.

2-3 ngày sau rạch cân, khi đã hết phù nề, chuyển bệnh nhân vào phòng mổ để cắt lọc những mô chết.

V. CẮT CỤT CHI

Cắt cụt được chỉ định trong những trường hợp:

- Cắt bỏ phần có u ác tính.
- Chi bị nhiễm trùng nặng.
- Giai đoạn cuối của bệnh động mạch.
- Chi dập nát không có khả năng bảo tồn.

Tuổi thọ tăng thì bệnh cũng tăng (viêm tắc động mạch, đái đường) làm cho số người phải cắt cụt tăng theo. Chi dưới phải cắt cụt là chính.

Mức cắt cụt phải suy tính để sẹo dễ liền nhất và phần còn lại của chi có công dụng tốt nhất. Quyết định này dựa trên mạch máu nuôi dưỡng mỗm cụt có đủ không (đương nhiên là phải đủ xa với chỗ nhiễm trùng hay u ác). Đối với những cơ hoại tử thì dễ vì có ranh giới rõ, nhưng đối với những trường hợp khác nhiều khi khó xác định. Một phẫu thuật viên có kinh nghiệm thì quyết định dựa trên khám lâm sàng, những phương tiện cận lâm sàng khác như: đo áp lực động mạch, siêu âm Doppler, áp lực oxy, chụp động mạch hỗ trợ thêm.

Đối với chi dưới có những mức cắt sau: cắt đến xương bàn chân, cắt hết xương bàn và xương cổ chân để lại xương gót và xương sên, cắt 1/2 cẳng chân, cắt trên đầu gối. Còn đối với chi trên, để lại càng nhiều càng tốt.

* Kỹ thuật cắt cụt

- Cắt kiểu khúc giò:

Trong những trường hợp nhiễm trùng nặng, lan toả (kiểu hoại thư sinh hơi) cần phải nhanh chóng cắt bỏ khỏi cơ thể.

Cắt từ da, cơ, xương ở ngang mức nhau vì không có ý định khâu lại mỗm cụt.

Buộc các mạch máu. Thần kinh thì kéo nhẹ xuống rồi cắt. Băng lại.

Khoảng 2-3 ngày rửa vết thương 1 lần cho đến khi hết mô chết hay nhiễm trùng.

Khâu lại mỗm cụt sau khi sửa.

- Cắt cụt 1 thì:

Mức cắt cụt chi trên: càng để lại dài càng tốt.

Mức cắt cụt chi dưới: lý tưởng nhất là khi cắt đùi thì cách khớp gối 12cm, còn khi cắt cẳng chân thì cách gối từ 8-14cm. Nếu có thể, giữ lại khớp gối. Ở trẻ con nên để lại khớp này.

Cắt da thấp hơn nơi sẽ định cắt xương là 5-6 cm, cắt cơ thấp hơn xương 2-4cm.



Xén da sao cho vạt da mỗi phía có chiều dài bằng 1,5 đường kính của chi nơi cắt.

Gọt (mài) bờ trước xương chày, cắt xương mác cao hơn 3cm so với xương chày.

Buộc các mạch máu. Kéo nhẹ dây thần kinh xuống rồi cắt.

Khâu 2 nhóm cơ (phía trước và phía sau) với nhau để phủ mỗm xương.

Khâu cân và da mũi rời, có dẫn lưu.

Ở trẻ con cố bảo tồn bản sinh trưởng ở đầu xương. Có thể tháo khớp hoặc cắt qua khớp.

VI. VẾT THƯƠNG BÀN TAY

Rất hay gặp vết thương bàn tay nhưng thường không coi trọng nên việc xử trí là tùy tiện, để lại hậu quả không tốt, người bệnh khó sử dụng bàn tay của mình.

Bàn tay có rất nhiều thành phần: cơ (duỗi và gấp) gân, xương, bao hoạt dịch, mạch máu, thần kinh... nên việc xử trí rất phức tạp và tinh tế.

Chức năng bàn tay lại rất quan trọng, nếu để lại di chứng thì rất ảnh hưởng đến chức năng: mất cảm giác ở các ngón tay sẽ nguy hiểm cho người bệnh khi cầm vào vật nóng mà không biết...

Bàn tay lại rất dễ nhiễm trùng vì không có cơ lớn, khi nhiễm trùng vào bao hoạt dịch có thể lan lên tận cổ tay.

Vì vậy điều trị một vết thương bàn tay phải là một phẫu thuật viên chuyên khoa, sau khi xử trí, phục hồi chức năng đóng vai trò quan trọng thì người bệnh mới sử dụng được (việc khâu lại chỉ cắt rời chỉ là một phần, chủ yếu phần chi đó phải có chức năng vận động, cảm giác nếu không thì cắt cụt còn hơn).

* Xử trí:

- Da: hết sức tiết kiệm khi cắt lọc. Các đường rạch da phải tránh rạch ngang qua nếp gấp. Khi mất da phải tìm cách che phủ: vạt da rời, vạt da trượt hay bắt chéo ngón tay để che phủ. Khâu dính lại móng tay giữ lại gốc móng.
- Xương: kết hợp xương bằng nẹp vít, kim Kirschner hay cố định bên ngoài.
- Gân: dùng chỉ không tiêu, nếu gần xương thì dùng chỉ thép.
- Mạch máu - thần kinh: khâu nối vi phẫu dưới kính hiển vi, chỉ 10/0.
- Cắt cụt

Rất hạn chế. Khi dập nát nhiều bắt buộc cắt cụt thì càng giữ lại nhiều càng tốt. Dùng vạt da gan tay quặt lên để khâu, tránh sẹo phía lòng bàn tay gây đau.

Tất cả các vết thương bàn tay đều phải coi như một cuộc mổ thực sự và phải giảm đau tốt bằng gây tê đám rối thần kinh cánh tay (không gây tê).

Sau mổ phải bất động tay trong tư thế cơ năng.

Kháng sinh. Thuốc chống phù nề.

Tập luyện bàn tay: sau 3 tuần tập theo sự hướng dẫn của phẫu thuật viên và phục hồi chức năng.

VII. VẾT THƯƠNG KHỚP

Vết thương khớp nếu không điều trị sẽ dẫn đến cứng khớp, hạn chế hoặc mất chức năng của chi.

Đối với chi trên nhằm có thể cử động để làm các việc trong sinh hoạt cá nhân hàng ngày như: đưa tay lên miệng để ăn uống, rửa mặt (khớp khuỷu). Đối với chi dưới là đi được, ngồi xổm được (khớp gối).

Vết thương khớp nhiều khi khó chẩn đoán (nếu vết thương rộng nhìn rõ sụn khớp, nếu vết thương có rỉ dịch khớp cử động đau thì chẩn đoán dễ) do đó tốt nhất là mổ thăm dò để xác định vì bỏ quên sẽ để lại hậu quả lớn.

Rạch rộng ngoài da để thăm dò

Chụp Xquang trước khi mổ để biết, xương có tổn thương không.

Đối với vết thương khớp đến sớm (dưới 24 giờ): sau cắt lọc ngoài da, dưới da (thì bản), đến thì sạch phải thay gân và dụng cụ mổ.

Rạch bao khớp và bao hoạt dịch. Rửa sạch trong khớp nếu có dị vật thì lấy bỏ. Đóng kín bao hoạt dịch bằng chỉ tiêu khâu lại bao khớp bằng chỉ không tiêu. Không dẫn lưu. Để hở da khâu lại sau 1 tuần. Bất động khớp - tập cử động sau 10 ngày.

Đối với vết thương khớp đến muộn (sau 24 giờ hoặc vết thương ở nơi bẩn như bùn, cống): nếu có mũ thì phải rạch rộng, dẫn lưu, nếu chỉ có dịch đục thì chọc hút hàng ngày, bơm kháng sinh vào khớp. Nếu xương dập nát vùng khớp sau khi rửa sạch, rửa 2 đầu xương - bó bột. Nếu viêm mũ lan toả nặng phải cắt cụt để cứu tính mạng.

VIII. NHIỄM TRÙNG BÀN TAY

Cần phải chẩn đoán và điều trị kịp thời mới không gây biến chứng và để lại di chứng xấu đến chức năng.

Nguyên nhân: thường do vết thương trực tiếp, nhiễm trùng (tụ cầu vàng). Nguyên nhân thuận lợi là ở những bệnh nhân đái đường, suy giảm miễn dịch.



Các vùng nhiễm trùng thường gặp ở bàn tay: chín mé, nhiễm trùng vùng móng tay, viêm tấy sâu kẽ ngón, viêm mủ bao hoạt dịch.

1. Chín mé

Nhiễm trùng hay gặp nhất ở ngón tay. Chín mé có thể ở một trong ba đốt ngón tay. Chín mé nông và chín mé sâu. Rất đau, sốt.

Đối với chín mé sâu: điều trị bằng kháng sinh, chườm bất động, nếu không khỏi thì phải chích rạch.

Tránh các nếp gấp, tránh thương tổn mạch máu, thần kinh (rạch hai bên, cắt lọc mô hoại tử, rửa sạch, để hở). Cần phải gây tê cho tốt, đặt garô (cánh tay hay gốc ngón tay) trong khi chích thì mới làm triệt để được.

Nếu rạch muộn, dễ viêm xương ngón tay hay viêm bao gân.

2. Vùng móng tay

Nếu là cạnh hay quanh móng (xước măng rô): điều trị bảo tồn không khỏi thì rạch dẫn lưu: cắt một phần móng tay.

Nếu là nhiễm trùng dưới móng (dầm dẫm vào đầu ngón): cắt bỏ một phần hay cả móng tay thì mới dẫn lưu được (móng tay như một nắp đậy lên) giữ lại chân móng để móng mọc lại.

3. Viêm tấy sâu kẽ ngón (càng cua)

Sưng to, rất đau, hai ngón dang rộng thành hình càng cua cả vùng mu tay sưng vù nhiều hơn lòng bàn tay nên tương lâm ở mủ ở mu tay.

Rạch cả hai phía lòng và mu bàn tay, làm thông hai vùng (không rạch vào kẽ ngón).

Bất động ở tư thế cơ năng.

4. Viêm giữa bàn tay

Sưng, căng lòng bàn tay, rất đau (vì da bàn tay dày không giãn được).

Dẫn lưu: Rạch tháo mủ theo nếp lòng bàn tay nhưng không làm đứt các gân gấp và mạch.

Nẹp bất động tư thế cơ năng.

5. Viêm bao hoạt dịch

Hai loại bao hoạt dịch: bao hoạt dịch ngón tay 2,3,4 và bao hoạt dịch ngón 1,5.

- Bao hoạt dịch ngón 2,3,4

Các ngón co lại, sưng to, rất đau.

Ấn vào khớp bàn ngón rất đau.

Điều trị bảo tồn không khởi sau 48 giờ thì chính. Đường rạch ở phía hơi ra sau theo trục ngón tay, suốt cả chiều dài, nhưng đến bao hoạt dịch thì rạch gián đoạn (cách các dây chằng vòng nhẫn). Tưới rửa bao hoạt dịch. Luồn một ống nhỏ trong bao để dẫn lưu.

Tập vận động sau một tuần.

– Đối với bao hoạt dịch ngón 1 và 5: 2 bao này lên tận cổ tay: ngón tay co lại, không sao duỗi được.

Rạch ở gần cổ tay (phía cẳng tay) để luồn ống nhỏ trong bao tưới rửa trong 48 giờ.

Tập vận động sau một tuần.

IX. GẤY XƯƠNG CHẬU

Gãy xương chậu là loại gãy nặng thường kèm theo choáng, việc chẩn đoán không khó khăn (ép khung chậu gây đau) nhưng điều chỉnh trong gãy xương chậu là những thương tổn kèm theo: tiết niệu, các tạng trong bụng, mạch máu lớn nên về chẩn đoán phải cần các phương tiện thăm dò cận lâm sàng khác, về điều trị nhiều khi rất phức tạp và nặng nề.

Có 3 cơ chế gây gãy xương chậu, từ cơ chế này sẽ dẫn đến thương tổn khác nhau và điều trị cũng khác nhau.

– Cơ chế trước sau: nạn nhân bị ép ở giữa hai lực thương tổn cả cung trước và cung sau. Nếu tác động vào xương mu sẽ gãy cả 4 ngành, nếu vào gai chậu trước trên thì xương mu bị toác, hai khớp cùng chậu cũng bị toác.

– Cơ chế bên: gãy nhẹ, gãy các ngành của cung trước hay cung sau gãy vững.

– Cơ chế dọc: gãy xương mu, toác khớp cùng chậu, hay vỡ ổ cối.

Nếu gãy vững: không cần bất động, nếu gãy không vững cần can thiệp phẫu thuật.

* Về chẩn đoán:

Đối với xương chậu: tìm dấu hiệu đau khi ép khung chậu, dấu hiệu không vững khung chậu (giãn hai cánh xương chậu), chiều dài hai chân có đều nhau không (trật khớp háng).

Đối với những thương tổn kèm theo:

– Tiết niệu: đứt niệu đạo sau, vỡ (chọc thủng) bàng quang.

– Tạng trong bụng: trực tràng, âm đạo, tạng rỗng và đặc.

– Mạch máu: tụ máu lớn sau phúc mạc (tĩnh mạch chậu).

– Thần kinh: dây thần kinh hông to bị chèn.



*** Xử trí**

Bất động

Chống choáng

Giảm đau

Nếu là gãy vững, gãy một phần xương chậu thì nằm tại giường, bắt đầu tập ngồi sau 4-6 tuần.

Chỉnh hình: nằm võng để chữa toác khớp mu; khớp cùng chậu.

Kết hợp xương: nẹp vít hay cố định ngoài.

Tuỳ theo thương tổn phối hợp là gì mà có điều trị tương ứng.

X. CHẤN THƯƠNG Ở TRẺ CON

Chấn thương ở trẻ con là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu. Tỷ lệ tử vong phụ thuộc vào chăm sóc trước khi đến viện và khả năng hồi sức.

Đánh giá ban đầu cũng giống như ở người lớn là theo thứ tự A, B, C, D, E.

A (airway): đường hô hấp

B (breathing): thở

C (circulation): tuần hoàn

D (disability): tình trạng tri giác.

E (exposure): bộc lộ nhưng tránh mất nhiệt

1. Đánh giá đường thở: bệnh nhân có nói được không. Nếu có cản trở: nâng hàm dưới, hút, ống Guedel tránh tụt lưỡi, đặt nội khí quản.

2. Nếu thở kém: hô hấp nhân tạo, giải phóng khoang màng phổi (tràn khí, tràn máu), bịt kín vết thương ngực hở.

3. Xem lại hô hấp, thông đường thở, thở tốt, nếu không phải cầm máu ngay, truyền dịch.

4. Đánh giá về tri giác, không có thời gian đánh giá theo thang điểm Glasgow, cần xem:

Có tỉnh không (A: awake)

Trả lời câu hỏi (V: verbal response)

Đáp ứng với đau (P: painful response)

Không đáp ứng (U: unresponsive)

5. Cởi quần áo bệnh nhân để tìm thương tổn. Nếu nghi gãy cột sống phải bất động ngay tại chỗ.

Ở trẻ con lượng máu nhiều hơn ở người lớn: 80ml/kg.

Trẻ sơ sinh 85-90ml/kg (người lớn 70-75ml/kg).

Đường truyền TM khó, khi cần phải có tĩnh mạch lớn, nên dùng tĩnh mạch đùi, cổ ngoài. Đường truyền trong xương là đường dễ có nhất: máu, dịch, thuốc có thể dùng đường này (mặt trước đầu trên xương chày 2-3cm dưới lồi củ). Phải truyền dưới áp lực (hay bơm tiêm).

Tình trạng thiếu khối lượng tuần hoàn khó nhận biết hơn so với người lớn, chỉ khi thiếu tới 25% khối lượng mới có dấu hiệu: nhịp nhanh là dấu hiệu thường thấy nhưng cũng có thể do sợ và đau.

Lúc đầu truyền dịch tinh thể với liều 20ml/kg, tùy theo đáp ứng có thể tăng tới 60ml/kg, nếu cần truyền máu.

Giữ thân nhiệt khỏi tụt là sống còn với trẻ con.

Dạ dày chướng rất hay gặp: phải hút dạ dày

Nếu không có chấn thương sọ não và đã hồi sức sơ bộ, cần dùng giảm đau ngay. Morphin 50 μ g/kg TM sau đó cứ cách 10 phút lại tiêm 10-20 μ g/kg cho đến khi đạt yêu cầu.

Dấu hiệu choáng ở trẻ con là: nhịp nhanh, mạch nhỏ, yếu, làm đầy mao mạch chậm hơn 2 giây, thở nhanh, giãy giụa, lơ mơ và đại tiện ít. Không đợi tụt huyết áp vì là giai đoạn muộn dù có choáng nặng (bất mạch cánh tay ở khuỷu và mạch đùi ở bẹn).

XI. TRẬT KHỚP VAI

Rất hay gặp ở người trẻ, phần lớn là trật khớp vai kiểu trước trong.

Dấu hiệu gù vai (bờ vai vuông), sờ thấy chỏm xương cánh tay lồi lên ở rãnh cơ dentata - ngực, cánh tay giạng 20°, khuỷu cách thân, khi ấn sát vào thân bỏ ra thì lại cách xa (dấu hiệu lò xo).

Chụp X quang để xác định

Cần khám xem có thương tổn thần kinh mũ không, có khi đám rối thần kinh cánh tay cũng bị thương tổn.

* Xử trí

Gây mê để nắn, tốt hơn là dùng cả giãn cơ.

Bệnh nhân nằm ngửa, người nắn ngồi bên cạnh, để gót chân vào hõm nách, dùng tay nắm lấy cánh tay ở tư thế giạng 20° và kéo.

Bất động bằng băng Desault: ngực - vai - khuỷu trong 3-4 tuần.

XII. TRẬT KHỚP KHUYU

Thường là kiểu trật khớp khuỷu ra sau.

Dấu hiệu: cẳng tay ở tư thế gấp 45° , cẳng tay ngán lại vì trật lên trên. Sờ phía trước nếp khuỷu thấy đầu tròn của xương cánh tay, sờ phía sau khuỷu thấy mồm khuỷu nhô ra sau. Dấu hiệu lò xo của cẳng tay.

Cần khám động mạch có thương tổn không (bắt mạch quay) khám thần kinh (vận động, cảm giác).

Chụp X quang để xác định và để xem có gãy hay mẻ xương không.

* Xử trí:

Gây tê đám rối cánh tay.

Bệnh nhân ngồi trên ghế. Kéo cánh tay ra sau bằng băng kéo. Khuỷu gấp 90° 1 lực kéo vào ngón cái và 4 ngón tay trái chiều với băng kéo. Người nắn đứng sau dùng 2 ngón cái đẩy mồm khuỷu xuống dưới và ra trước.

Bất động tay trong tư thế gấp khuỷu 90° , đeo tay vào cổ trong 10 ngày rồi tháo băng tập cử động ngay.

XIII. TRẬT KHỚP HÁNG

Khớp háng là một khớp lớn, nhiều cơ bao bọc xung quanh, phải một tác động mạnh mới gây trật khớp và khi trật thường kèm theo thương tổn khác.

Có 4 kiểu trật khớp háng dựa theo vị trí của chỏm xương đùi so với ổ cối. Loại thường gặp nhất là kiểu ra sau lên trên (kiểu chậu).

Chân trong tư thế: đùi khép, gấp nhẹ, xoay vào trong. *

Chụp X quang tìm thương tổn kèm theo như: vỡ hõm khớp, sút chỏm.

* Xử trí

Phải gây mê và giãn cơ. Nằm ngửa - cố định chặt khung chậu. Người nắn ngồi bên có trật. Dùng 1 đai vải quấn vào cổ người nắn và khoeo người bị trật. Kéo thẳng đùi lên trên, vít cẳng chân xuống, giạng và xoay đùi ra ngoài.

Bất động bằng bột chậu - lưng - chân trong ba tuần. Hoặc buộc chéo cổ chân với nhau.

XIV. GẦY ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY

Có nhiều loại gãy. Gãy máu động lớn, gãy cổ phẫu thuật, gãy cổ giải phẫu, gãy đầu xương cánh tay.

Khớp vai mất vận động, sưng to.



Chụp X quang để xác định và phân loại.

* Xử trí

Bất động loại gãy không di lệch bằng đeo tay, tập cử động vai sau vài ngày.

Nếu có di lệch: gây mê nắn. Nếu nắn không đạt thì phải mổ. Tập ngay khi bệnh nhân có thể chịu đựng thông tay. Tập với trọng lượng khoảng 6-8 tuần sau.

XV. GỠY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

Gãy thân xương cánh tay rất dễ gây thương tổn dây thần kinh quay (vì dây này đi vòng phía sau xương cánh tay).

Cánh tay biến dạng, mất vững và sưng.

Khám xem dây thần kinh quay có bị thương tổn không.

X quang nhằm xác định chẩn đoán, nhưng quan trọng hơn nhằm kiểm tra sau nắn và liền xương.

* Kéo nắn nhưng không cần phải hoàn chỉnh về tư thế hai đầu xương (có thể hơi gấp góc hay xoay).

Đặt nẹp ở tư thế gấp khuỷu 90° . Bó bột từ vai xuống quá khuỷu. Nếu dây thần kinh thương tổn thì đặt nẹp cổ tay trong tư thế duỗi.

XVI. GỠY TRÊN LỖI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

Là loại gãy phức tạp, không vững, có nhiều loại: gãy trên lồi cầu, gãy liên lồi cầu, gãy mỏm trên ròng rọc và mỏm trên lồi cầu... thường gặp là gãy trên lồi cầu.

Sưng nề to ở khuỷu, rất đau khi cử động.

Đánh giá có thương tổn mạch máu không (dẫn đến hội chứng khoang ở cẳng tay).

* Xử trí

Kéo nắn trong tư thế tay duỗi sau đó ấn vào mặt trước khuỷu rồi gấp cẳng tay. Bắt lại mạch quay: nếu giảm thì duỗi khuỷu cho đến khi có mạch lại và bất động bằng nẹp ở tư thế đó.

Kiểm tra bằng X quang

Nếu nắn không kết quả thì nên mổ.

XVII. GỠY XƯƠNG CẰNG TAY

Cẳng tay sưng nề, có nhiều loại gãy: gãy giữa thân xương, gãy 1/3 trên với trật khớp quay (monteggia) gãy đầu ngoài. Đây là loại gãy phức tạp thường phải mổ.

Khám về mạch máu và thần kinh để phát hiện thương tổn phối hợp X quang xác định loại gãy.

*** Xử trí**

Gãy cẳng tay có thể gãy một hoặc hai xương. Nếu gãy một xương, nắn để được di lệch tối thiểu, bó bột cánh cẳng bàn tay. Lực kéo vào các ngón tay, khuỷu 90°, đối lực là đặt dây băng ở cánh tay sát khuỷu.

Bó trong 6-8 tuần.

XVIII. GỖ ĐẦU NGOÀI XƯƠNG QUAY (GỖ COLLE)

Biến dạng: xương quay ngấn lại, nhìn nghiêng có hình chiếc đĩa, nhìn thẳng có hình súng cầm lưỡi lê.

* Gãy tê hay gãy mê để nắn (Kétamin): kéo ngón cái thẳng trục cánh tay, nắn vào vùng gãy để sửa di lệch lên trên, ra sau trong khi cổ tay hơi gấp. Bó bột trong 6 tuần. Nếu không đạt yêu cầu, mổ cố định bên trong hay cố định bên ngoài.

XIX. GỖ ĐẦU TRÊN XƯƠNG ĐÙI

Có 2 loại gãy: gãy trong bao khớp và gãy ngoài bao khớp. Gãy trong bao khớp thì gãy thiếu máu nuôi dưỡng chỏm xương đùi và hoại tử.

Chân ngấn lại, đổ ra ngoài. Rất đau khi định cử động khớp nhất là xoay.

Chụp X quang sẽ phân loại kiểu gãy.

Đây là loại thương tổn rất hay gặp ở người già và là nguyên nhân gây tử vong do nằm lâu.

*** Xử trí**

- Gãy trong khớp.

Cố định bên trong hoặc thay chỏm. Nếu không: đối với loại gãy không di lệch có thể kéo nhẹ và cử động khi xương đã liền, khoảng 8-12 tuần. Đối với loại có di lệch, bắt đầu bằng kéo nhẹ trong vài tuần sau đó tập ngồi và đi với nạng.

- Gãy ngoài khớp.

Kéo liên tục qua lõi củ xương chày: bệnh nhân vẫn có thể tập ngồi và tập khớp gối, phòng viêm phổi, loét do nằm.

Mổ cố định bên trong.

XX. GỖ THÂN XƯƠNG ĐÙI

Do chấn thương mạnh mới gãy, dễ có choáng. Di lệch nhiều vì các cơ đùi khỏe.

Đùi biến dạng, gấp góc, chân đổ ngoài.

*** Xử trí**

Phải đề phòng và điều trị choáng nhất là khi vận chuyển: bất động chân cho thật tốt, truyền dịch, giảm đau.

Nấn bó bột hay kéo liên tục chỉ thực hiện ở trẻ con. Đối với người lớn thì phải cố định bên trong: đóng đinh nội tủy, nẹp vít.

XXI. GỖ HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN

Rất dễ biến thành gãy hở vì rất sát da.

Có ba loại gãy chính: gãy xoắn, gãy chéo, gãy ngang.

Những thương tổn phần mềm (da, cơ, mạch, thần kinh) có ảnh hưởng quyết định đến liền xương và nhiễm trùng.

Bao giờ cũng khám về mạch và thần kinh đối với bàn chân, có gãy hở không (xương chọc ra ngoài) và hội chứng chèn ép khoang.

*** Xử trí**

Nếu gãy hở: cắt lọc ngay.

Nếu có hội chứng khoang: giải phóng bằng rạch cân - da.

Đặt nẹp (3 nẹp) với gối gấp $10-20^{\circ}$. Sau 2-3 tuần, tháo nẹp và bó bột chân. Kiểm tra X quang hàng tuần. Khi chỗ gãy cảm thấy khá vững, bó bột từ xương bánh chè xuống bàn chân. Tập cử động gối, tập đứng. Thời gian lành xương là khoảng 6 tháng.

Đối với gãy hở: cố định ngoài bằng khung, khi da đã liền và xương đã ổn định, bỏ khung cố định và thay bằng bó bột.

Phần

GÂY MÊ HỒI SỨC

Biên soạn: TS.BS. Công Quyết Thắng

SƠ LƯỢC VỀ GÂY Mê HỒI SỨC

I. MỤC TIÊU CỦA GÂY Mê HỒI SỨC

Mục tiêu của Gây mê hồi sức là nhằm tạo mọi điều kiện thuận lợi nhất cho các cuộc can thiệp chẩn đoán và điều trị với ít ảnh hưởng nhất tới tâm sinh lý của người bệnh. Trong phẫu thuật, mục tiêu của gây mê là tạo mọi điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên trong ca mổ và đảm bảo sự dễ chịu, an toàn cho người bệnh.

II. MỘT SỐ THUẬT NGỮ THƯỜNG DÙNG TRONG CHUYÊN NGÀNH

- Tiền mê: thuốc và các liệu pháp điều trị ngay trước cuộc mổ.
- Khởi mê: bắt đầu gây mê
- Duy trì mê: quá trình gây mê trong khi phẫu thuật.
- Hồi tỉnh: quá trình thoát mê
- Gây mê: khi áp dụng các phương pháp mê tĩnh mạch, hoặc mê hô hấp mà bệnh nhân không còn cảm giác.
- Giảm đau: bệnh nhân được giảm cảm giác đau.
- An thần: cho thuốc giảm tri giác nhận biết nhằm giảm lo lắng nhưng vẫn duy trì các phản xạ, bảo vệ.
- Gây ngủ: cho bệnh nhân ngủ, mất tri giác nhưng vẫn duy trì các phản xạ bảo vệ.
- Gây tê: các phương pháp vô cảm tại chỗ hay từng vùng của cơ thể.
- Vô cảm: làm mất nhận biết của cơ thể, nên có vô cảm toàn thân (gây ngủ, gây mê) hoặc vô cảm bộ phận (gây tê)
- Giãn cơ: làm biết vận động các cơ toàn thân hoặc từng bộ phận của cơ thể bằng các thuốc giãn cơ, hoặc thuốc mê, thuốc tê.

III. CÁC KỸ THUẬT VÔ CẢM

Cho tới nay các kỹ thuật vô cảm thường được sử dụng là:

1. Gây tê

- Tê bề mặt: làm mất cảm giác bề mặt da hoặc niêm mạc bằng các thuốc tê



- Tê tại chỗ: tiêm thuốc tê làm mất cảm giác bộ phận
- Tê tĩnh mạch (Kỹ thuật Bier): tiêm thuốc tê vào tĩnh mạch sau ga ro chỉ hiện rất hiếm sử dụng.
- Tê thần kinh đặc hiệu: tiêm gây tê một thần kinh riêng biệt.
- Tê đám rối thần kinh: tiêm gây tê đám rối thần kinh cánh tay, đám rối thần kinh thắt lưng, hoặc đám rối khoang cùng cụt.
- Tê trung ương: tê tủy sống hoặc tê ngoài màng cứng hoặc tê tủy sống kết hợp với tê ngoài màng cứng.

2. Gây mê toàn thân

2.1. Gây mê để bệnh nhân tự thở: không dùng giãn cơ

- Gây mê tĩnh mạch: dùng thuốc mê tĩnh mạch toàn bộ, để bệnh nhân tự thở.
- Mê bốc hơi qua mặt hở: thường cho các thủ thuật ngắn, bề mặt hoặc không xâm lấn, ngày nay chỉ còn dùng phổ biến trong nhi khoa. .
- Mê với mặt thanh quản (LMA) hiện nay sử dụng nhiều hơn (xin xem thêm bài Gây mê với mặt thanh quản).
- Mê với đặt ống nội khí quản hoặc mở khí quản nhưng không cho giãn cơ.

2.2. Gây mê toàn thân có thở kiểm soát và dùng giãn cơ

- Qua mặt hở (dùng giãn cơ ngắn): như để chống rung tim bằng sốc điện, hoặc kéo nắn trật khớp xương.
- Mê qua mặt thanh quản (LMA) đặc biệt khi có loại mặt proseal (có thêm đường đặt ống thông dạ dày: thường dùng cho các cuộc mổ ngắn hoặc tiên lượng khó đặt ống NKQ ...
- Mê qua ống thở kết hợp (Combitube): thường dùng cho các cuộc mổ khó đặt ống NKQ.
- Mê toàn thân có đặt ống NKQ cho hầu hết các cuộc mổ vào các nội tạng hoặc cần bảo vệ đường thở.

2.3. Các kỹ thuật khác

- Kết hợp gây tê với gây mê toàn thân
- Kết hợp an thần với gây tê
- Gây mê bằng thuốc làm mất kết nối (dissociative) như ketamin
- Gây mê dạng cocktail: NLA: neuroleptanalgesia và neuroleptanaesthesia: kết hợp thuốc giảm đau họ morphin với thuốc an thần, liệt thần kinh.

GÂY TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNҺ TAY

1. Chỉ định gây tê đám rối thần kinh cánh tay

1.1. Các chỉ định ngoại khoa: các phẫu thuật nằm ở chi trên đặc biệt cho các bệnh nhân có chống chỉ định gây mê toàn thân. Đặc biệt hay sử dụng cho các cuộc mổ từ khuỷu tay xuống tới bàn tay.

1.2. Các chỉ định nội khoa

- Điều trị đau do bị bệnh viêm dây thần kinh (zona), hoặc đau ở các mỗm cụt.
- Đau ở tay khi luyện tập.
- Các trường hợp thiếu máu của chi gây đau, đặc biệt áp dụng cho gây tê đám rối thần kinh cánh tay liên tục.

1.3. Chỉ định chọn lựa kỹ thuật theo vị trí mổ

- Gây tê theo đường nách áp dụng cho các cuộc mổ từ khuỷu tay đến bàn tay có gây tê thêm dây thần kinh cơ bì và bì cánh tay.
- Gây tê theo đường trên đòn áp dụng cho các cuộc mổ cho đến cánh tay.

2. Chống chỉ định của gây tê đám rối thần kinh cánh tay

- Nếu có tổn thương thần kinh ngoại vi hoặc trung ương của chi trên từ trước.
- Nhiễm trùng tại chỗ chọc kim.
- Rối loạn đông máu và điều trị bằng các thuốc chống đông.
- Trường hợp bệnh nhân hoặc kỹ thuật viên phản đối kỹ thuật.
- Các bệnh nhân có rối loạn dẫn truyền nhĩ thất hoặc loạn nhịp tim là chống chỉ định tương đối.
- Các bệnh nhân có suy gan thì nên tránh dùng các thuốc tê nhóm ester. Các bệnh nhân có tiền sử sỏi porphyrin hoặc sốt cao ác tính nên tránh dùng thuốc tê nhóm amid.
- Nên tránh dùng đường gây tê trên đòn trong các trường hợp bệnh nhân đã có tiền sử hoặc đang bị tràn khí màng phổi, hoặc bị cắt phổi bên đối diện, hoặc bệnh nhân có suy hô hấp nặng.
- Các trường hợp bệnh nhân không hợp tác với thầy thuốc cũng không nên tiến hành gây tê đám rối thần kinh cánh tay.



3. Các Kỹ thuật

3.1. Gây tê đường nách (do Reding mô tả và Eriksson cải tiến)

a. Nguyên lý:

Ở hõm nách đám rối thần kinh cánh tay nằm cùng với động và tĩnh mạch cánh tay ở trong một bao cân, do vậy buộc phải chọc qua bao cân này mới có thể gây tê đám rối thần kinh cánh tay.

b. Kỹ thuật kinh điển

Bệnh nhân nằm ngửa, đầu quay sang phía đối diện, cánh tay dạng và ngửa tạo ra một góc tù so với thân người, cẳng tay sắp quay ra ngoài, mu bàn tay đặt xuống phía bàn mổ. Đặt garô ở dưới chỗ định gây tê. Sờ động mạch cánh tay và xác định vị trí của động mạch bằng hai ngón tay 2 và 3 của bàn tay trái. Kim gây tê sẽ chọc thẳng từ ngoài da vào động mạch và như vậy sẽ chọc qua bao cân thần kinh và mạch máu, khi kim chọc qua bao cân này ta sẽ thấy có một lực cản nhẹ tạo ra cảm giác sứt đó là kim đã nằm vào trong bao mạch thần kinh, dấu hiệu khác để nhận biết kim đã nằm trong bao mạch thần kinh là kim đập theo nhịp động mạch hoặc nếu bệnh nhân có cảm giác dị cảm do chọc vào thân thần kinh là dấu hiệu chắc chắn nhất đầu kim đã nằm trong đám rối thần kinh cánh tay và có thể bơm thuốc tê.

Các tác giả có đề ra nhiều cách để thử cho biết chính xác kim gây tê đã nằm trong bao mạch thần kinh như sử dụng máy kích thích thần kinh, hoặc siêu âm cao tần.

Trước và trong khi bơm thuốc tê cần phải luôn hút bơm tiêm để kiểm tra chắc chắn không thấy có máu trào ra mới được bơm thuốc tê để tránh bơm nhầm vào mạch máu. Thể tích thuốc cần dùng là 40-50ml mới đủ gây tê.

Ngoài ra, người ta có thể áp dụng một số cách để tạo ra điều kiện cho thuốc tê lan trên hoặc khép tay dọc theo người để dùng đầu xương cánh tay ép lên bao thần kinh, hoặc hơi nâng cao tay và hạ đầu thấp 15 độ, garo dưới chỗ tiêm...

3.2. Gây tê đường trên đòn

a. Nguyên lý

Đám rối thần kinh cánh tay tụ hội lại ở khe sườn đòn, có nhiều cách chọn mốc và hướng chọc kim. Gây tê đám rối thần kinh cánh tay ở đường trên đòn cho kết quả thành công cao hơn nhưng kỹ thuật tiến hành đòi hỏi kỹ năng cao hơn.

Tuy nhiên, tỷ lệ thất bại cũng nhiều và các biến chứng cũng hay gặp và nguy hơn như tràn khí màng phổi, bơm thuốc vào ngoài màng cứng, vào mạch máu thậm chí vào tuỷ sống, đặc biệt khi dùng đường tê giữa các cơ bậc thang.

b. Dụng cụ

Rất đơn giản chỉ cần một kim nhỏ 22-23G ngắn, tối đa là 30mm để tránh chọc vào sâu với liều lượng thuốc tê Xylocain 5mg/kg pha trong 40ml nước cất hoặc Xylocain 2mg/kg kết hợp Bupivacain 0,2mg/kg pha trong 40ml nước cất. Phải luôn gắn vào kim một bơm tiêm khi tiến hành chọc gây tê để tránh không cho không khí lọt vào màng phổi khi chọc vào. Tuy nhiên cũng cần phải biết rằng tràn khí màng phổi chỉ xảy ra trong trường hợp chọc thủng màng phổi tạng (lá tạng) bởi vì nếu chỉ chọc qua lá thành các tổ chức xung quanh đến bịt lại và không gây tràn khí màng phổi.

c. Kỹ thuật

- Kỹ thuật kinh điển của Kulenkampf

Bệnh nhân nằm ngửa đầu quay về phía đối diện với bên gây tê, đặt một gối nhỏ dưới vai. Cánh tay đặt khếp vào sát thân mình và hạ thấp tối đa nhằm mở rộng góc ức đòn.

- Các mốc

Mốc chọc kim lý tưởng nằm ở 1cm phía trên của điểm giữa xương đòn, cần phải lấy mốc một cách thận trọng tránh không được nhầm đầu trên xương bả vai với đầu ngoài xương đòn. Dùng tay trái bắt động mạch dưới đòn và đẩy xuống phía dưới và chỉ chọc nông (tối đa là 30mm). Nên thận trọng tìm cảm giác dị cảm lấy bờ của xương sườn 1 làm mốc để tránh đi vào trong của nó tức là tránh chọc vào màng phổi. Việc đi tìm cảm giác dị cảm chính là đưa đầu kim lên trên bờ của xương sườn, ngay khi bệnh nhân báo có cảm giác dị cảm lan xuống tay thì dừng đầu kim lại, hút không thấy máu ra mới được bơm thuốc tê vào. Bệnh nhân sẽ cảm giác đau khoảng 20-30 phút ngay sau khi bơm thuốc tê.

- Có nhiều kỹ thuật cải tiến khác nhưng chúng tôi không trình bày ở đây.
- Kỹ thuật gây tê đường giữa các cơ bậc thang của Winnie và Word

Nguyên lý của kỹ thuật này là gây tê đám rối thần kinh cánh tay ở ngang mức với sụn nhĩ và nơi có khe giữa cơ bậc thang trước và cơ bậc thang giữa tương ứng với đốt cổ 6. Như vậy, kỹ thuật này cho phép gây tê cả các nhánh trên cùng của đám rối thần kinh cánh tay kể cả rễ cổ C4 chi phối cho vùng vai.

+ Các mốc chọc kim: bờ sau của cơ ức đòn chũm chỗ có hai cơ bậc thang trước và giữa, hai cơ này ta có thể sờ được và điểm chọc là nằm ở sau tĩnh mạch cảnh trong ngay trên gai bên của đốt sống cổ 6, là chỗ ấn vào bệnh nhân thấy đau.

+ Kỹ thuật: bệnh nhân được đặt đầu hơi quay về bên đối diện, cánh tay để hạ thấp tối đa, ta dễ dàng thấy được bờ sau của cơ ức đòn chũm, nếu không yêu cầu bệnh nhân gấp nhẹ đầu để thấy rõ các cơ ở cổ, hai cơ bậc thang nằm ở

phía sau, lấy móc chọc ngang với sụn nhĩ. Chọc kim vuông góc với da hướng xuống phía dưới và ra sau. Nếu hướng kim ra phía trước và nằm ngang có nguy cơ chọc qua hai gai bên ổ cổ vào động mạch cột sống hoặc khoang ngoài màng cứng hoặc khoang dưới nhện. Khi bệnh nhân thấy dị cảm dừng ngay kim lại hút nhẹ bơm kim tiêm không thấy có máu hoặc dịch não tủy ra thì từ từ bơm thuốc tê vào với tốc độ 1ml trong 2 giây. Sau đó có thể cho bệnh nhân nằm nghiêng lại sang bên gây tê trong vài phút đồng thời xoa nhẹ ở vùng cổ để tạo điều kiện cho thuốc tê lan toả trong bao mạch thần kinh.

- Kỹ thuật gây tê dưới xương đòn

Bệnh nhân đặt tư thế giống như gây tê đường trên xương đòn. Kẻ 3 đường qua 3 mốc sau: động mạch nách, động mạch dưới đòn và gai bên của đốt cổ 6 ở mức của dưới sụn nhĩ. Trên đường nối 3 mốc này ta lấy ổ điểm nằm vài mm ngay dưới điểm giữa của xương đòn sẽ tạo ra một góc để chọc kim. Thông thường khi chọc đường này người ta dùng máy kích thích thần kinh để tìm ra ngay vị trí của đám rối thần kinh cánh tay. Chọc kim sâu khoảng 6-7cm theo hướng của động mạch nách và tạo với động mạch này một góc 45° . Nếu thấy xuất hiện động tác gập của ngón cái hoặc khuỷu tay hoặc cổ tay là dấu hiệu kim nằm đúng vị trí, tiêm thử 20ml thuốc tê vào sẽ làm mất các động tác này. Sau khi hút kiểm tra không có máu ra, bơm từ 20-30ml thuốc tê để gây tê toàn bộ đám rối thần kinh cánh tay.

4. Các biến chứng do gây tê đám rối thần kinh cánh tay

4.1. Các tổn thương thần kinh

Tổn thương thần kinh có thể do tác động cơ học (chọc kim), ngộ độc (do thuốc tê hoặc adrenalin) hoặc do thiếu máu. Để tránh các biến chứng này cần áp dụng các biện pháp sau:

- Không gắng tìm nhiều lần cảm giác dị cảm.
- Không cố bơm thuốc tê khi bệnh nhân kêu đau chói dọc dây thần kinh (gây xé rẽ thần kinh dẫn đến liệt).
- Không sử dụng các dung dịch thuốc tê quá đậm đặc
- Nếu chọc phải động mạch cần ép vào chỗ chọc kim trong khoảng 5 phút để tránh gây máu tụ chèn ép các dây thần kinh.

Việc điều trị các biến chứng này thường lâu dài và phức tạp.

4.2. Tác dụng gây tê lan toả

- Gây tê hạch sao đặc biệt khi gây tê theo đường trên đòn gây ra hội chứng Claude Bernard Horner.

– Gây tê dây thần kinh hoành dễ gặp khi gây tê theo đường giữa các cơ bậc thang và đường trên đòn. Biến chứng này có thể gây suy thở do liệt cơ hoành. Do vậy, tránh gây tê đám rối thần kinh cánh tay cả hai bên và phải chuẩn bị sẵn phương tiện để cấp cứu sau suy hô hấp.

– Gây tê dây thần kinh quặt ngược gây liệt thanh quản.

4.3. Lỗi kỹ thuật

– Chọc vào khoang ngoài màng cứng hoặc khoang dưới nhện có thể gặp khi áp dụng kỹ thuật chọc giữa các cơ bậc thang.

– Chọc và bơm thuốc tê vào mạch máu là biến chứng dễ gặp trong gây tê đám rối thần kinh cánh tay nhưng lại rất dễ tránh bằng một động tác đơn giản là luôn hút kiểm tra trước khi bơm thuốc tê.

– Tràn khí màng phổi là biến chứng rất hay gặp khi sử dụng đường chọc trên đòn. Các biến chứng có liên quan đến thuốc tê

GÂY TÊ THẦN KINH QUAY

1. Chỉ định

Mổ hoặc làm giảm đau ở vùng do dây thần kinh quay chi phối, tê đơn thuần hoặc phối hợp với tê thân thần kinh khác, hoặc hỗ trợ cho tê đám rối thần kinh cánh tay.

2. Chống chỉ định: không

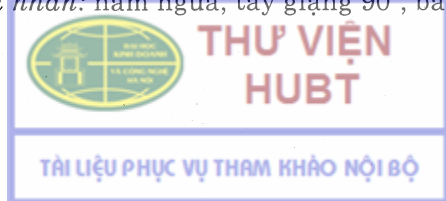
3. Giải phẫu

Dây thần kinh quay bắt nguồn từ các rễ thần kinh C5-C6-C7-C8 và D1 là dây thần kinh nằm ở phía sau trong đám rối thần kinh cánh tay. Nó chạy ra mặt sau của xương cánh tay và xuất phát ra mặt trước của cánh tay ngay bên ngoài của gân cơ nhị đầu.

4. Các kỹ thuật

4.1. Tê thần kinh quay ở khuỷu tay

a. Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, tay giang 90°, bàn tay ngửa.



b. Móc:

- Bờ ngoài gân cơ nhị đầu.
- Nếp khuỷu.

c. Đặc điểm: làm tê cảm giác và vận động vùng cẳng tay và bàn tay.

d. Kỹ thuật:

- Điểm chọc kim là 2cm ngoài của bờ gân cơ nhị đầu, ngay trên nếp khuỷu tay. Dùng kim nhỏ 23G, dài 30-40mm chọc vuông góc với mặt da cho tới khi chạm xương, rút lùi kim lại vài milimet, hút kiểm tra không có máu, không cần tìm dị cảm, bơm 5-10ml thuốc tê.

4.2. Tê thần kinh quay ở cổ tay

a. Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa

b. Móc: bờ ngoài cẳng tay và rãnh thuốc lào.

c. Đặc điểm: chỉ tê cảm giác

d. Kỹ thuật:

- Điểm chọc kim là bờ ngoài cẳng tay ngay trên rãnh thuốc lào.
- Dùng một kim nhỏ 23G dài 40mm chọc dưới da hướng về mặt trước cẳng tay vừa chọc kim vào vừa bơm thuốc tê, bơm khoảng 3ml thuốc sau đó rút kim lại đến chỗ chọc kim, xoay ngược hướng 180° hướng ra mặt sau cẳng tay rồi lại vừa chọc kim vừa bơm 3ml thuốc dưới da.
- Khoảng chọc kim và gây tê được tính là khoảng nửa một vòng cổ tay.
- Không trộn adrenalin vào thuốc tê.

GÂY TÊ THẦN KINH GIỮA

1. Chỉ định: mổ xẻ và giảm đau ở vùng do dây thần kinh giữa chi phối đơn thuần hoặc phối hợp với tê thần kinh khác hoặc bổ trợ cho tê đám rối thần kinh cánh tay.

2. Chống chỉ định: khi có hội chứng khe Carpien phải chống chỉ định tê thần kinh giữa cổ tay.



3. Giải phẫu

Dây thần kinh giữa bắt nguồn từ các rễ thần kinh C7, C8 và D1. Vùng da được quan tâm là chi phối cảm giác của bàn tay. Thần kinh giữa chi phối cho một khối cơ lớn của mặt trong cẳng tay (các cơ gấp và xoay) và khớp khuỷu tay.

Nhánh bì chi phối cho lòng bàn tay có thể tách ra từ trên cao nên cần được tê riêng khi tiến hành gây tê ở cổ tay bằng tiêm thuốc tê dưới da.

4. Các kỹ thuật

4.1. Tê thần kinh giữa ở khuỷu tay

a. *Tư thế bệnh nhân*: nằm ngửa, tay giạng 90°, bàn tay ngửa.

b. *Mốc*: động mạch cánh tay và nếp khuỷu tay.

c. *Kỹ thuật*:

Sau khi đã bắt được động mạch cánh tay ở khuỷu tay nằm trong rãnh nhị đầu trong, dùng kim nhỏ 23G, 40mm chọc vuông góc với mặt da ở phía trong của động mạch (so với bề mặt da). Sau khi đã chạm xương, rút kim trở lại vài milimet và sau khi đã hút thử lại cẩn thận không thấy có máu ra, không cố tìm dị cảm và bơm 7-10ml thuốc tê. Kích thích thần kinh sẽ thấy gấp các ngón tay và sấp bàn tay.

4.2. Tê thần kinh giữa cổ tay

a. *Tư thế bệnh nhân*: nằm ngửa, tay giạng, bàn tay ngửa.

b. *Mốc*: giữa hai bàn tay lớn và bé, trên nếp lằn thứ ba khi gấp cổ tay.

c. *Kỹ thuật*:

– Khi bệnh nhân để ngửa bàn tay, ta nắm tay bệnh nhân và kéo ngửa ra, bảo bệnh nhân co chống lại theo tư thế gấp cổ tay sẽ thấy hai gân gan tay nổi rõ dưới da.

– Chỗ chọc kim nằm giữa hai gân bàn tay lớn và nhỏ ở trên nếp gấp thứ ba của cổ tay.

– Dùng kim nhỏ 23G, 25mm chọc vuông góc với mặt da vào sâu từ 1,5-2mm, không cố tìm dị cảm.

– Hút kiểm tra không có máu, bơm 3-5ml thuốc tê, tiêm chậm và không được gây đau, rút kim tới dưới da tiêm thêm 1-3ml thuốc tê, không được trộn adrenalin vào thuốc tê.



GÂY TÊ THẦN KINH TRỤ

1. Chỉ định: mổ xẻ hay làm giảm đau ở vùng da chi phối bởi dây thần kinh trụ đơn thuần hoặc phối hợp với tê các thân thần kinh khác hoặc hỗ trợ cho tê đám rối thần kinh cánh tay.

2. Chống chỉ định: không.

3. Giải phẫu

Dây thần kinh trụ bắt nguồn từ các rễ thần kinh C6, C7, C8 và D1. Chi phối cảm giác của nó chủ yếu là bờ trong của cánh tay. Các nhánh cảm giác của dây trụ chỉ ở bờ trong của bàn tay, nhưng các nhánh vào của nó quan trọng hơn, nó bao gồm tới cả mô cái bao gồm các cơ giạng và gấp ngón cái cũng như các cơ liên kết xương của các mặt mu bàn tay.

4. Các kỹ thuật

4.1. Tê thần kinh trụ ở khuỷu tay

– Có thể gây tê dây thần kinh trụ ở rãnh ròng rọc khuỷu, nhưng vì dễ chọc gây tổn thương thần kinh ở mức này nên người ta thường ở 2-3cm phía trên của rãnh ròng rọc khuỷu.

– Dùng kim nhỏ 23G, 40mm chọc gần như tiếp tuyến với mặt da, 2-3cm trên của rãnh ròng rọc khuỷu, sau khi chọc vào sâu 1,5-2mm bơm 5-8ml thuốc tê.

4.2. Tê thần kinh trụ ở cổ tay

a. Mốc:

- Gân cơ trụ trước
- Nếp lằn thứ ba của cổ tay.

b. Đường phía trước

– Đặc tính: chỉ ức chế cảm giác.

– Chọc kim này vuông góc với mặt da ngay bên ngoài gân cơ trụ trước trên nếp lằn thứ ba của cổ tay. Sau khi đã chọc sâu 1-1,5cm hút kiểm tra không có máu ra, không tìm dị cảm, bơm 4-6ml thuốc tê.

– Trong lúc tiêm dùng ngón cái của bàn tay đối diện ấn chặt phía trên của điểm chọc kim để hạn chế sự lan tỏa của thuốc tê.

c. Đường bên

– Dùng kim 23G, 25mm chọc vuông góc với mặt da ngay dưới của gân cơ trụ trước ở ngang mức nếp lằn thứ ba của cổ tay.

- Sau khi đã chọc sâu 1-1,5cm, hút thử thấy không có máu, bơm 3-5ml thuốc tê đồng thời cũng chẹn ngay trên của điểm chọc kim.
- Không trộn adrenalin vào thuốc tê.

GÂY TÊ THÂN THẦN KINH CỦA CHI DƯỚI

1. Giải phẫu đám rối thắt lưng và đám rối cùng

1.1. Đám rối thắt lưng

Tạo nên bởi 4 đôi thần kinh thắt lưng đầu tiên.

- L1 tạo ra dây thần kinh bụng sinh dục.
- L2 tạo ra dây thần kinh đùi bì và sinh dục đùi rồi chia ra các nhánh trước và sau.
- L3 và L4 mỗi rễ chia thành các nhánh trước và sau.
- Các nhánh trước của L2, L3 và L4 tạo dây thần kinh bịt
- Các nhánh sau của L2, L3 và L4 tạo dây thần kinh chậu.

1.2. Đám rối cùng

Tạo nên từ các nhánh trước của L5 và S1.

1.3. Vùng chi phối của đám rối thắt lưng

- Các nhánh bên của đám rối thắt lưng chi phối cơ đùi chậu và hố thắt lưng.
- Các dây bụng sinh dục chi phối thành cơ bụng và cơ quan sinh dục ngoài, mông và phần da trên trong của đùi.
- Dây đùi bì chi phối vùng ngoài của mông và đùi.
- Dây chậu sinh dục chi phối tam giác Scarpa.
- Dây thần kinh bịt chi phối vùng trước trong của đùi, gối, vùng cẳng chân và cho tới vùng mặt trong của bàn chân. Nó còn chi phối mặt trước trong của đùi.

1.4. Vùng chi phối đám rối cùng

- Các nhánh bên của đám rối cùng và thần kinh hông nhỏ chi phối mặt dưới của mông, mặt sau của đùi và cẳng chân, nó chi phối cả vùng mông và vùng sau đùi.



– Dây thần kinh hông tạo nên bởi các nhánh bên tham gia chi phối vùng sau của đùi.

– Dây thần kinh hông khoeo ngoài chi phối mặt trước ngoài của cẳng chân và mu chân cũng như vùng trước ngoài của cẳng chân và bàn chân.

– Dây thần kinh hông khoeo trong chi phối mặt sau của cẳng chân, mặt ngoài của gót chân, mặt mu của các ngón chân cũng như vùng sau của cẳng chân và vùng gan chân.

2. Nguyên tắc của gây tê thần kinh chi dưới

Để gây tê chi dưới, gây tê thân thần kinh của các vùng dây thần kinh khác nhau xuất phát từ đám rối thắt lưng và đám rối cùng, là một sự biến đổi của gây tê tuỷ sống và tê ngoài màng cứng.

Nguyên tắc của kỹ thuật này giống hệt với nguyên tắc mô tả trong tê thân thần kinh của chi trên. Nhưng nhìn chung số lượng thuốc tê dùng để gây tê chi dưới nhiều hơn.

– Thông thường để gây tê một vùng phải gây tê hai hoặc nhiều thân thần kinh.

– Các dây thần kinh của chi dưới (kích thước lớn hơn) lại nằm trong các khoang giải phẫu rộng hơn nên phải dùng thể tích thuốc tê lớn.

Có nghĩa là bắt buộc phải có tiêu chuẩn chính xác về thể tích thuốc, tổng liều lượng thuốc tê và nguy cơ ngộ độc.

Cũng giống như chi trên, gây tê một dây thần kinh phải tiến hành dựa trên các hiểu biết về mốc giải phẫu. Việc tìm thấy cảm giác dị cảm chứng tỏ kim chọc phải dây thần kinh không cần thiết trong gây tê thân kinh. Rất nhiều tổn thương thần kinh do thầy thuốc gây nên do áp dụng tìm dị cảm bắt buộc. Do vậy, cần tôn trọng nguyên tắc xê dịch đầu kim vài milimet khi có dị cảm hoặc nếu tiêm thuốc tê vào lại gây đau. Việc sử dụng máy kích thích thần kinh cho phép tìm được dây thần kinh chính xác mà giảm nguy cơ tổn thương thần kinh. Trong trường hợp không có máy kích thích thần kinh, dùng các kim có vát dài. Cũng vì lý do đó người ta không dùng kim có đường kính quá lớn.

3. Người ta có thể sử dụng thuốc tê nào?

Vì lý do tác dụng độc với tim của bupivacain, nên tốt nhất là tránh dùng thuốc này. Tuy nhiên nó được chỉ định khi chống chỉ định dùng adrenalin và khi thời gian mổ dài hơn thời gian tác dụng của thuốc lidocain đơn thuần (khoảng 1 giờ). Do vậy người ta sử dụng lidocain đậm độ tối đa là 0,5%. Trong đại đa số các trường hợp, người ta sử dụng lidocain với đậm độ 1-2% có trộn adrenalin (adrenalin kéo dài ít nhất là 50% tác dụng, hoặc có thể gấp 3 lần).

Tuy nhiên, adrenalin bị chống chỉ định khi dùng tiêm dưới da hoặc chỗ tiêm thuốc nằm gần một động mạch có kích thước bé (thí dụ như động mạch chày sau) đặc biệt là khi nó chỉ phối cho một vùng có bệnh của động mạch. Để gây tê tĩnh mạch, người ta sử dụng rộng rãi lidocain 0,5% không có adrenalin.

4. Gây tê dây thần kinh chậu (đùi) ở háng (Tê 3 trong 1)

a. Giải phẫu:

Dây thần kinh chậu chạy vào một hố tạo nên bởi cơ thất lưng ở phía trong, cơ chậu ở phía ngoài. Nó chạy cùng động mạch đùi chui qua cung đùi, động mạch đùi chạy ở phía trong của dây thần kinh. Chúng được bao phủ bởi lớp cân nông.

b. Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đùi xoay ra ngoài.

c. Vật liệu: kim số 22G dài 5-10cm.

d. Kỹ thuật:

Điểm chọc cách cung đùi 1-2cm và khoảng 1cm phía ngoài của động mạch đùi mà ta lấy làm mốc.

Kim chọc theo hướng cung đùi. Tuy nhiên, khi chọc qua cân nông cũng có cảm giác mất sức cản và đầu của kim đã nằm trong khoang mạch thần kinh. Nhưng thông thường người ta buộc phải tìm cảm giác dị cảm. Tiêm 10ml cho phép làm tê liệt dây thần kinh chậu. Tiêm 20-30ml dung dịch thuốc tê có kèm theo chèn ép ở phía dưới cho phép bơm thuốc đẩy lên cao và gây tê cả đám rối thất lưng. Đó là gây tê 3 trong 1 (dây thần kinh chậu, đùi bì và thần kinh bịt).

5. Gây tê thần kinh đùi bì ở mức cánh chậu

a. Giải phẫu: Ở mức này dây thần kinh đùi bì chạy ra khỏi khung chậu và chạy trên cơ chậu, phía dưới cung đùi nằm ngay bên trong và dưới gai chậu trước trên.

b. Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa

c. Vật liệu: kim số 22G dài 5-10cm.

d. Kỹ thuật:

Lấy mốc là gai chậu trước trên và cung đùi. Điểm chọc nằm trong khoảng từ 1-2cm dưới và trong gai chậu. Chọc qua cân đùi cũng có cảm giác mất sức cản. Sau đó hướng kim về phía gai chậu cho tới khi chạm xương. Gây tê dây đùi bì tiến hành bằng cách vừa rút kim ra vừa bơm thuốc tê liên tục. Cần 5-6ml (tránh dùng adrenalin).



6. Gây tê dây thần kinh bịt ở rãnh dưới mu

a. *Giải phẫu:* ở mức này nó chạy trên bao cân của cơ bịt trong để chạy vào rãnh dưới mu cùng với các mạch máu bịt.

b. *Tư thế bệnh nhân:* nằm ngửa

c. *Vật liệu:* kim 22G dài 10cm.

d. *Kỹ thuật:*

Lấy mốc là gai mu, điểm chọc từ 1-2cm dưới và ngoài của gai mu. Kim chọc vuông góc với da, cho tới khi chạm xương với mảnh vuông của mu. Sau đó lại hướng mũi kim ra ngoài lên trên và ra sau ít nhất là 1cm, khi đó đầu mũi kim sẽ nằm trong rãnh dưới mu. Khi đó tiêm ít nhất là 10ml thuốc tê.

7. Gây tê dây thần kinh hông ở mông

Gây tê thần kinh hông bằng đường này rất tinh tế. Thực ra dây thần kinh nằm ở rất sâu, còn các mốc gây tê thì nằm ở rất nông. Đã có rất nhiều kỹ thuật gây tê được mô tả.

a. *Giải phẫu:* ở mức này dây thần kinh chạy ra khỏi khuyết nông lớn, dưới cơ tháp và che phủ bởi cơ mông lớn. Do vậy nó nằm trên gai của ụ ngồi giữa mẫu chuyển lớn và lõi của ụ ngồi. Các liên quan trực tiếp của thần kinh hông với động mạch ngồi, mủ sau và mông làm cho kỹ thuật gây tê có nguy cơ.

b. *Tư thế bệnh nhân:* nằm nghiêng về bên đối diện với bên định mổ, đùi ở bên trên hơi gấp.

c. *Vật liệu:* kim số 22G dài từ 10-15cm.

d. *Mốc:* các thành phần giải phẫu làm mốc là:

- + Mấu chuyển lớn
- + Gai chậu trên sau
- + Khe cùng cụt.

Từ đó ta vẽ hai đường mốc:

- + Đường chậu - mấu chuyển giữa mấu chuyển và gai chậu sau trên.
- + Đường mấu chuyển - khe cùng cụt giữa mấu chuyển và khe cùng cụt.

e. *Kỹ thuật:* nhiều kỹ thuật khác nhau đã được mô tả, tùy thuộc vào điểm chọc kim. Các kỹ thuật khác nhau mô tả như sau:

- Từ điểm giữa của đường chậu - mấu chuyển kẻ một đường vuông góc với đường ấy. Điểm chọc nằm ở đường vuông góc này cách điểm giữa 3cm.

- Chia đường chấu - mấu chuyển thành 3 phần đều nhau, từ đường giữa 1/3 ngoài và 1/3 giữa. Kẻ một đường vuông góc với đường này, điểm chọc kim là ở 1cm dưới điểm vuông góc ấy.

- Điểm chọc nằm ở giữa đường mấu chuyển khe cùng cụt.

- Từ điểm giữa của đường chấu - mấu chuyển kẻ một đường vuông góc với đường này. Đường vuông góc này cắt đường mấu chuyển khe cùng cụt, giao điểm này là điểm chọc kim.

Dùng kim ngắn nhất là 10cm, chọc từ các điểm chọc kim xác định theo một trong các kỹ thuật trên. Chọc kim vuông góc với da cho tới khi có cảm giác dị cảm hoặc gặp xương (ụ ngồi).

Lúc đó, có tác giả lại hướng kim vào phía trong để tìm dây thần kinh hông ở lỗ khuyết nông lớn. Dây thần kinh nằm cách da từ 3-10cm. Cần 20ml thuốc tê đủ để gây tê đường thần kinh hông.

8. Gây tê thần kinh hông theo đường phía trước

- Giải phẫu: dây thần kinh hông to nằm ở giữa mấu chuyển lớn và lồi của ụ ngồi, nằm trong khe sau của mấu chuyển nhỏ.

- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa

- Vật liệu: kim số 22G dài 15cm.

- Kỹ thuật: dùng một bút mực vẽ một đường cung dài từ gai chấu trước trên xuống gai mu. Từ mấu chuyển lớn vẽ một đường nối các mấu chuyển ở phía trước đường này chạy song song với cung dài. Từ điểm nối 1/3 giữa với 1/3 trong của cung dài, kẻ một đường vuông góc với cung dài và đường này cắt đường nối giữa các mấu chuyển là điểm chọc kim. Chọc kim vuông góc với mặt da cho tới khi chạm xương. Sau đó hướng lại kim vào trong và khoảng 5cm ra phía sau, kim sẽ nằm trong khoang mạch thần kinh. Cần tiêm từ 15-30ml thuốc tê.

9. Gây tê thần kinh hông ở tư thế phụ khoa

- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, chi dưới gấp, đùi gấp vào bụng 90°, cẳng chân gấp 90°.

- Vật liệu: kim 22G dài 15cm.

- Kỹ thuật: lấy mốc là lồi củ của ụ ngồi và mấu chuyển lớn. Dùng bút vẽ một đường nối giữa hai mốc trên. Điểm chọc nằm ở giữa đường nối này. Từ điểm này dùng một kim dài 15cm chọc vuông góc với mặt da, chọc sâu vào tới khi có dị cảm. Trong trường hợp không có dị cảm, dùng kim dò theo mặt phẳng ngang cho tới khi gây dị cảm. Bơm 20ml thuốc tê đủ gây tê.

10. Gây tê thần kinh hông khoeo trong ở hõm khoeo

– Giải phẫu: hõm khoeo là một hình vuông giới hạn ở phía trên bởi cơ bán màng và cơ nhị đầu và ở dưới bởi các cơ sinh đôi. Ở mức này dây thần kinh chạy ngay ở bề mặt ngang sau lớp cân cơ và nằm ngay bên ngoài của động mạch.

– Tư thế bệnh nhân: nằm sấp hoặc nằm nghiêng, chỉ cần gây tê để lên trên.

– Kỹ thuật: lấy mốc là động mạch khoeo ở ngay giữa hõm khoeo. Kim 10cm chọc vuông góc với mặt da và ngay bên ngoài động mạch. Kim đi qua lớp cân nông có cảm giác sứt rồi mất sức cản. Đa số trường hợp thế là đủ, cũng có thể tìm dị cảm. Cần 15ml thuốc tê đủ gây tê.

11. Gây tê dây thần kinh khoeo ngoài ở cổ xương mác

– Giải phẫu: ở vùng gối dây thần kinh khoeo ngoài chạy ở sau đầu của xương mác, bao quanh cổ phẫu thuật của xương mác để chạy ra phía trước cẳng chân.

– Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa hoặc nằm nghiêng, chân cần gây tê đặt ở trên.

– Vật liệu: kim 22G dài 5cm

– Kỹ thuật: lấy mốc là đầu xương mác và cổ xương mác nằm ngay ở dưới. Chọc kim vuông góc với mặt da theo hướng vào cổ phẫu thuật. Thường gây dị cảm, nếu không có dị cảm thì chọc kim cho tới khi gặp xương. Bơm 5ml thuốc tê đủ gây tê.

12. Gây tê dây thần kinh hiển trong ở đầu gối

– Giải phẫu: ở mức này dây thần kinh hiển trong bao quanh tĩnh mạch hiển trong và nằm ở dưới da.

– Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, chi dưới xoay ra ngoài, cẳng chân hơi gấp.

– Vật liệu: kim 22G dài 5cm.

– Kỹ thuật: lấy mốc là tĩnh mạch hiển trong ngay dưới khớp gối, ở mặt trong của cẳng chân nhờ dùng garô để làm tĩnh mạch nổi rõ. Tiến hành gây tê nhờ tiêm xung quanh tĩnh mạch ở dưới da ít nhất là 10ml thuốc tê (tránh dùng adrenalin).

13. Gây tê dây thần kinh chày sau ở cổ chân

– Giải phẫu: ở mức này dây thần kinh chày sau nằm ở giữa, phía sau ngoài là gân Achilles, phía trước trong là động mạch chày sau, dây thần kinh gần như nằm sát vào xương chày.

Dây thần kinh chày sau chia làm hai nhóm rễ:

+ Rễ gót (chú ý là nhánh này có thể tách ra ở trên rất cao).

+ Rễ gan chân ngoài



- Tư thế bệnh nhân: nằm sấp hoặc nằm nghiêng sang bên mổ.
- Vật liệu: kim 22G dài 5cm.

- Kỹ thuật: chọc kim ở mắt cá trong giữa phía ngoài là gân Achilles, phía trong là động mạch chày sau và hướng kim ra trước, vuông góc với mội chày mác.

Hoặc là gây giệt dị cảm thì tiêm thuốc hoặc tiêm dò từ ngoài vào trong theo bờ trong của xương chày. Cần 5ml thuốc tê là đủ (chống chỉ định tuyệt đối dùng adrenalin).

Chú ý: rễ gót có thể tách ra ở trên rất cao, chạy ra sau bao bọc lấy gân Achilles. Có thể gây tê bằng hướng kim về phía gân Achilles và tiêm vào bờ trong của gân Achilles.

14. Gây tê dây thần kinh hiển ngoài ở gót

- Giải phẫu: đó là một nhánh của dây hông khoeo ngoài. Ở gót nó chạy dưới da, bao bọc quanh tĩnh mạch hiển ngoài và nằm giữa phía trước là mắt cá ngoài và phía sau là gân Achilles. Nó phân bố cho bờ ngoài của bàn chân và ngón chân út.

- Tư thế bệnh nhân: tốt nhất là nằm sấp, nhưng trước tiên nằm ngửa hoặc có thể nằm nghiêng về bên đối diện với bên mổ.

- Vật liệu: kim số 22G, dài 3-5cm.

- Kỹ thuật: chọc kim ở mức mắt cá ngoài. Tiến hành tiêm dưới da cả vùng từ mắt cá ngoài tới bờ ngoài của gân Achilles. Cần 5ml là đủ (tránh dùng adrenalin).

15. Gây tê dây thần kinh chày trước ở cổ chân

- Giải phẫu: nhánh của dây thần kinh hông khoeo ngoài. Ở cổ chân, nó nằm ở vùng mu chân giữa nhóm cẳng chân trước nằm phía trong và gân duỗi riêng của ngón ở phía ngoài.

- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, lấy mốc là nhóm cẳng chân trước nằm phía ngoài bằng cách yêu cầu bệnh nhân gấp bàn chân. Lấy mốc là gân duỗi riêng ngón 1 bằng cách yêu cầu bệnh nhân duỗi ngón 1.

- Vật liệu: kim 22G dài 3-5cm.

- Kỹ thuật: chọc giữa hai gân, kim chọc cho tới khi chạm xương mác, tiêm tối thiểu 5ml thuốc tê (tránh dùng adrenalin).

16. Gây tê thần kinh cơ bì ở cổ chân

- Giải phẫu: là một nhánh của dây thần kinh khoeo ngoài. Ở cổ chân nó nằm dưới da trước mắt cá ngoài.



- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa.
- Vật liệu: kim 22G dài 3-5cm.
- Kỹ thuật gây tê dây thần kinh này bằng cách tiêm dưới da cả một vùng ở cổ chân giữa hai mắt cá. Cần 5-10ml thuốc tê là đủ (tránh dùng adrenalin).

17. Gây tê dây thần kinh hiển trong ở cổ chân

- Giải phẫu: đó là một nhánh của dây thần kinh đùi. Ở cổ chân, dây thần kinh hiển trong chạy ở dưới da cùng với tĩnh mạch hiển trong, nó nằm ở trước mắt cá trong.

- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa.
- Vật liệu: kim dài 22G dài 3-5cm
- Kỹ thuật: lấy mốc là tĩnh mạch hiển trong nằm ở trước mắt cá trong nhờ một garô. Gây tê dây thần kinh tiến hành bằng tiêm dưới da xung quanh tĩnh mạch ít nhất là 3ml thuốc tê (tránh dùng adrenalin).

18. Gây tê các dây thần kinh kẽ ngón

- Giải phẫu: mỗi ngón chân được chi phối bởi các dây thần kinh bên của gan chân và mu chân nằm ở tổ chức bào dưới da, đi kèm với các mạch máu tận (có nghĩa là có nguy cơ gây thiếu máu do chèn ép).

- Vật liệu: kim 22G dài 3cm
- Kỹ thuật: ngón cần gây tê tách riêng so với các ngón khác. Chọc kim ở gốc ngón, ở vùng mu chân vuông góc với mặt da cho tới khi chạm vào lớp da của gan chân. Từ đó vừa bơm thuốc tê vừa rút dần kim ra, tiêm mỗi bên khoảng 1ml mỗi bên ngón chân (chống chỉ định tuyệt đối dùng adrenalin).

19. Các biến chứng của gây tê cách xử trí

Các biến chứng của gây tê thường gặp trong các trường hợp

- Dùng quá liều thuốc tê.
- Phản ứng nhạy cảm với thuốc tê.
- Tiêm thuốc vào mạch máu.

Do vậy, để ngăn ngừa các biến chứng này cần:

- Khai thác tiền sử của bệnh nhân cẩn thận
- Không dùng quá liều thuốc tê
- Khi gây tê dưới da cần vừa bơm vừa tiêm thuốc, nếu để kim cố định tại chỗ phải hút trước không có máu ra mới tiêm thuốc tê.



Các biến chứng thường gặp:

* Ngất thoáng qua, buồn nôn, nôn, buồn bực chân tay có cảm giác kiến bò thường các biến chứng này tự động hết.

* Nếu bệnh nhân mê mà hô hấp tuần hoàn vẫn duy trì tốt thì nên cho bệnh nhân thở oxy, tiêm một đường truyền dịch.

* Nếu bệnh nhân ngừng thở: bóp bóng oxy, đặt nội khí quản, hô hấp nhân tạo nếu cần.

* Nếu bệnh nhân có tụt huyết áp - mạch chậm: truyền bù khối lượng tuần hoàn bằng các dung dịch sinh lý, thở oxy, tiêm tĩnh mạch atropin 0,5mg. Nếu sau 5 phút không có cải thiện tiến hành pha 1mg adrenalin vào 500ml huyết thanh sinh lý, giở giọt bắt đầu 20 giọt /phút, tăng thêm 10 giọt /phút nếu sau 5 phút không có hiệu quả. Kết hợp với thở oxy.

* Nếu ngừng tim: bắt đầu ngay hồi sức ngừng tim, bóp tim ngoài lồng ngực, hô hấp nhân tạo, adrenalin bicarbonat natri.

* Nếu bệnh nhân co giật: cần theo dõi cẩn thận, nhẹ thì điều trị bằng diazepam 5mg tiêm tĩnh mạch. Cần tiến hành bảo vệ đường hô hấp thông, thở oxy. Cho tiêm diazepam tĩnh mạch hoặc thiopental tĩnh mạch liều nhỏ 50mg.

* Co thắt phế quản, ngứa: có thể tự hết hoặc điều trị bằng tiêm 0,5mg adrenalin dưới da hoặc dùng thuốc kháng histamin 1-2mg/kg.

GÂY TÊ TỦY SỐNG-TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG

1. Các khái niệm chung

Gây tê tủy sống và gây tê ngoài màng cứng là các kỹ thuật bậc cao chỉ được tiến hành ở trong các bệnh viện nơi có đủ các trang thiết bị để gây mê và hồi sức như dụng cụ đặt ống nội khí quản, máy hút, máy gây mê, theo dõi, điện tim và chống rung tim, thuốc và dịch truyền...

1.1. Các thông tin cần thiết trước mổ

1.1.1. Đông máu

Cần loại trừ các rối loạn về đông máu, về nguyên tắc chống chỉ định của gây tê ngoài màng cứng và tủy sống ở các bệnh nhân có rối loạn đông máu mắc phải hoặc do thuốc. Các bệnh nhân đang dùng thuốc chống đông cũng không nên tiến hành gây tê tủy sống và ngoài màng cứng.



1.1.2. Các bệnh của hệ thần kinh

Không nên gây tê tủy sống và ngoài màng cứng cho các bệnh nhân cứng cột sống hoặc viêm đa rễ thần kinh. Động kinh không phải là chống chỉ định tuyệt đối nhưng chỉ gây tê tủy sống và ngoài màng cứng sau khi bệnh nhân đã dùng thuốc chống động kinh.

1.1.3. Dị ứng

Đặc biệt dị ứng với các thuốc tê là chống chỉ định.

1.1.4. Các rối loạn về tim mạch

- Loạn nhịp có thể cần phải tránh tê vùng.
- Tụt huyết áp nếu không sửa chữa được sau khi đã bù khối lượng tuần hoàn.
- Cao huyết áp nếu chưa được điều trị ổn định.
- Ngược lại nếu như huyết áp tâm trương cao có thể phải bù dịch tĩnh mạch nhiều để tránh tụt huyết áp do giãn mạch..
- Suy tim với lưu lượng tim thấp chưa ổn định nên tránh tê tủy sống và ngoài màng cứng.

1.1.5. Các dị dạng của cột sống

Cần tránh tê tủy sống, trong trường hợp rất cần thiết phải chụp cột sống thẳng nghiêng để xác định đường vào cho phù hợp.

Các viêm nhiễm da vùng định gây tê cũng là chống chỉ định tê tủy sống và ngoài màng cứng.

1.2. Chuẩn bị bệnh nhân

1.2.1. Về tinh thần

Gây tê tủy sống và ngoài màng cứng là các kỹ thuật đòi hỏi sự hợp tác tốt của người bệnh với bác sĩ gây mê.

1.2.2. Truyền dịch trước khi gây tê

Cần phải làm đường truyền tĩnh mạch một cách hệ thống trước khi tiến hành gây tê. Thông thường lượng dịch này từ 10-15ml/kg.

1.2.3. Các theo dõi cơ bản

Điện tim, huyết áp động mạch, nhịp thở và kiểu thở, bão hoà oxy nhịp mạch (SpO_2) mức giảm cảm giác và vận động. Cần chuẩn bị sẵn phương tiện và thuốc men hồi sức hô hấp và tuần hoàn.

1.2.4. Tư thế bệnh nhân

Nên đặt bệnh nhân ở tư thế dễ chịu nhất đối với người bệnh. Có hai tư thế cơ bản.

- Tư thế ngồi, lưng cúi, cầm gập trước ngực, hai tay vòng bắt chéo ra trước, hai chân duỗi thẳng trên bàn tránh ứ đọng máu tĩnh mạch nhiều ở hai chi dưới, hạn chế máu tĩnh mạch trở về có thể gây tụt huyết áp.

- Tư thế nằm nghiêng co lưng tôm, tư thế này cột sống của bệnh nhân không phải hoàn toàn song song với mặt bàn mổ hay lưng bệnh nhân không hoàn toàn vuông góc với mặt bàn mổ.

1.2.5. Sát trùng vùng định chọc kim gây tê

- Sát trùng rộng từ trong ra ngoài, cần sát trùng một lượt bằng cồn iod trước, cần thận nên đánh rửa vùng định gây tê bằng nước sạch và xà phòng rồi mới sát trùng bằng cồn iod. Sau khi sát trùng lượt hai cũng bằng cồn iod bắt buộc phải sát trùng lượt cuối cùng bằng cồn 70⁰ trắng để rửa sạch cồn iod, để tránh kim gây tê mang theo iod vào tủy sống.

- Người gây tê phải đội mũ, mặc áo, đeo găng và mát vô trùng như tiến hành các cuộc mổ.

1.2.6. Gây tê tại chỗ

Gây tê tủy sống chọn các kim nhỏ từ hơn 22-24G, không dùng kim dẫn đường có thể không cần gây tê tại chỗ.

2. Gây tê tủy sống

2.1. Vật liệu, phương tiện

Gây tê tủy sống là kỹ thuật đòi hỏi vô trùng tuyệt đối, do vậy các dụng cụ như toan trải, toan lỗ, gạc, bơm tiêm 5ml có chia vạch tới 1/10ml, kim tê tủy sống đều phải được hấp vô trùng. Kim dùng gây tê tủy sống có nhiều loại nên dùng kim nhỏ 23G-27G.

2.2. Kỹ thuật chọc gây tê

- Trước đây người ta thường cho bệnh nhân ngồi trên bàn mổ và hai chân thả xuống đặt trên một chiếc ghế, hoặc để bệnh nhân nằm nghiêng trên bàn cần cho bệnh nhân nằm co thật cong lưng.

- Móc chọc kim tốt nhất là ở giữa L2-L3-L4:

- Động tác bơm thuốc tê phải rất từ từ, tốc độ bơm chậm, áp lực thấp để tránh thuốc tê vào tạo ra xoáy dịch ở ngay đầu trong của kim gây tê, không nên hút dịch não tủy để trộn với thuốc tê vì nó sẽ hạn chế sự khuếch tán của thuốc tê vì thuốc tê sẽ bị hoà loãng rất nhanh.



– Tư thế bệnh nhân trong lúc bơm thuốc tê và 15 phút đầu sau bơm thuốc tê, tỷ trọng của thuốc tê và tốc độ bơm thuốc tê, số lượng thuốc (thể tích) cùng liều lượng thuốc là các yếu tố quyết định mức lan toả của thuốc tê trong tủy sống.

3. Gây tê ngoài màng cứng

3.1. Chỉ định - chống chỉ định của gây tê ngoài màng cứng

3.1.1. Chỉ định

Ngày nay nhờ dùng catheter luồn vào khoang ngoài màng cứng mà gây tê ngoài màng cứng được chỉ định cho phẫu thuật (dùng các thuốc tê tại chỗ) và giảm đau sau mổ (dùng các thuốc họ morphin).

Về nguyên lý, có thể chỉ định gây tê ngoài màng cứng cho tất cả các vùng dưới của cột sống, như vậy có cả cuộc mổ từ cổ tới vùng cụt. Song các phẫu thuật thường dùng gây tê ngoài màng cứng là phẫu thuật sản phụ khoa, phẫu thuật tiết niệu sinh dục và phẫu thuật hai chi dưới.

3.1.2. Chống chỉ định

- Bệnh nhân từ chối
- Nhiễm trùng tại chỗ
- Dị dạng cột sống hoặc tổn thương thần kinh cấp tính
- Bệnh nhân có rối loạn đông máu
- Bệnh nhân tụt huyết áp, sốc, thiếu khối lượng tuần hoàn.

3.2. Vật liệu, phương tiện

Trong thực hành có thể có sẵn các khay dùng gây tê ngoài màng cứng được sản xuất sẵn. Nhưng đồng thời trong điều kiện nước ta còn khó khăn cần phải chuẩn bị lấy khay dụng cụ cho gây tê ngoài màng cứng đảm bảo đủ các chi tiết kỹ thuật và vô trùng.

Một khay gây tê ngoài màng cứng cần bao gồm:

- 1 kim Tuohy số 18G
- 3 bơm tiêm: 5ml, 10ml, 20ml
- 1 lọ lidocain 1%
- 2 ống nước cất vô trùng hoặc lọ huyết thanh vô trùng
- 1 kẹp để sát trùng
- 6 - 8 miếng gạc vô trùng, 3 miếng toan vô trùng hoặc 1 toan lỗ



- 1- 2 đôi găng tay vô trùng

Tất cả các dụng cụ này đều phải được tiệt trùng bằng phương pháp hấp vô khuẩn.

3.3. Chọc kim gây tê

3.3.1. Tư thế bệnh nhân

Giống như để gây tê tủy sống, bệnh nhân có thể ngồi cúi trên bàn hoặc nằm nghiêng co như lưng tôm.

3.3.2. Vị trí chọc kim

Thông thường đường chọc kim hay được chọn là theo đường giữa và chỗ dễ chọc nhất nằm ở giữa L3,L4. Đường kẻ ngang hai mào chậu tương ứng với khe liên đốt L4-L5. Sát trùng, trải toan như gây tê tủy sống.

- Cần phải gây tê tại chỗ định chọc kim gây tê.

- Khi chọc kim bao giờ cũng phải để cả nòng của kim ở trong. Đặt chuỗi kim trong lòng bàn tay phải, ngón cái và ngón trỏ giữ chặt thân kim, mu bàn tay phải tựa trên da lưng bệnh nhân để giữ mức chọc kim cho chuẩn. Tay trái để xác định lại mốc chọc kim và căng da lưng lúc chọc kim Tuohy qua da. Sau khi chọc qua lớp da việc đẩy kim vào qua tổ chức lỏng lẻo rất dễ dàng, chỉ gặp một sức cản nhỏ khi chọc qua dây chằng liên gai sau, chỉ một số ít trường hợp nhất là ở người già dây chằng này mới bị xơ hóa và việc chọc qua có thể nhầm với dây chằng vàng.

- Chọc kim qua dây chằng vàng bao giờ cũng gặp một sức cản lại biểu hiện bằng cảm giác sệt, và sau đó tới khoang ngoài màng cứng; ngay lập tức cần dừng kim để tránh không chọc qua màng cứng. Có nhiều kỹ thuật để nhận biết khoang ngoài màng cứng. Ở đây tôi xin giới thiệu các kỹ thuật hay sử dụng nhất.

3.3.3. Kỹ thuật

a. Kỹ thuật dùng bơm tiêm có chứa huyết thanh đẳng trương

Dùng một bơm tiêm thủy tinh 10ml hoặc 20ml hoặc loại bơm tiêm có sức cản thấp có chứa 5ml huyết thanh 0,9% đồng thời để lại một bọt khí ở trong bơm tiêm, lắp bơm tiêm nối trên vào chuỗi kim Tuohy. Khi chưa qua dây chằng vàng ta luôn thấy có sức cản ở lại bơm tiêm, thể hiện bằng bóng hơi trong tiêm bị biến dạng và huyết thanh trong bơm bị nén lại. Ngay sau khi đẩy kim qua dây chằng có cảm giác sệt dừng kim lại và ngay lập tức sức cản trên bơm tiêm không còn nữa và ta dễ dàng bơm huyết thanh vào, bóng hơi trong bơm tiêm sẽ giữ nguyên hình dạng cho tới khi bơm hết huyết thanh vào khoang ngoài màng cứng.

– Cần chú ý phân biệt hai trường hợp: một là chọc kim qua màng cứng vào tủy sống. Trường hợp thứ hai nếu đẩy kim không dứt khoát qua dây chằng vàng, đầu vát của kim Tuohy có thể nằm nửa trong nửa ngoài của khoang ngoài màng cứng.

b. Kỹ thuật dùng bơm tiêm có chứa không khí

Tương tự như kỹ thuật dùng bơm tiêm có chứa huyết thanh nhưng thay huyết thanh bằng không khí. Một số tác giả cho rằng kỹ thuật này nên áp dụng hơn.

c. Kỹ thuật giọt nước

Kỹ thuật này theo Guttierrez là dựa trên nguyên lý khoang ảo của ngoài màng cứng. Sau khi luồn kim Tuohy vào tới khe liên gai sau, ta rút nòng kim ra, bơm vào chuôi kim này một giọt huyết thanh đẳng trương; khi đầu kim Tuohy vào tới khoang màng cứng, giọt nước sẽ bị hút từ từ vào khoang ngoài màng cứng là bằng chứng khá chắc chắn.

3.4. Liều lượng của thuốc tê

Liều lượng: mỗi loại thuốc dùng gây tê nên tính 1,5ml/1đốt sống cần gây tê: lidocain tối đa 5mg/kg; bupivacain tối đa 2mg/kg.

3.5. Các biến chứng và phiền nạn

- Đau thắt lưng do tổn thương cơ và các dây chằng khi dùng kim to, chọc nhiều lần.
- Chọc vào màng cứng có thể dẫn tới tê tủy sống toàn bộ là biến chứng nguy hiểm nhất. Việc cấp cứu phải bao gồm cả tuần hoàn, hô hấp và tri giác.
- Máu tụ chèn ép khoang ngoài màng cứng ít gặp và khó phát hiện.
- Bơm thuốc tê thẳng vào mạch máu gây biến chứng toàn thân: co giật, ngộ độc thuốc hoặc biến chứng tim mạch: rối loạn dẫn truyền của tim (xem bài thuốc tê).
- Tiêm nhầm thuốc là biến chứng ít gặp nhưng có thể gây hậu quả nặng nề.
- Gãy kim gây tê hoặc đứt catheter.
- Nhiễm trùng khoang ngoài màng cứng - tủy sống cũng là một biến chứng nặng.
- Biến chứng tụt huyết áp hay gặp, cơ chế như trong gây tê tủy sống, xử trí cũng như cách đề phòng cũng giống như vậy.
- Suy hô hấp do gây tê ngoài màng cứng hoặc do thuốc họ morphin.
- Tổn thương thần kinh do lỗi kỹ thuật hoặc do hóa chất có thể gặp.

So sánh gây tê tủy sống và gây tê ngoài màng cứng

Gây tê tủy sống:

- Kỹ thuật đơn giản
- Tác dụng nhanh
- Ít tác động lên tim mạch và thần kinh trung ương do hấp thu vào tuần hoàn ít hơn.
- Ít gây tổn thương cơ, dây chằng
- Giãn cơ tốt
- Có thể liệt cơ, suy hô hấp, suy thở
- Nguy cơ nhiễm trùng cao
- Khó kiểm soát mức giảm đau, phụ thuộc tư thế bệnh nhân, tỷ trọng thuốc.
- Tác dụng khó kéo dài.
- Tác dụng toàn thể không thay đổi
- Hay bị nhức đầu
- Liệt các dây thần kinh sọ (có thể)
- Giãn mạch đột ngột gây tụt huyết áp
- Ít gây tê tủy sống toàn bộ
- Bất động 24 giờ
- Liều lượng thuốc thấp:
Xylocain 5% x 2ml

Gây tê ngoài màng cứng:

- Kỹ thuật khó hơn.
- Chậm hơn
- Hấp thụ vào tuần hoàn nhiều hơn nên có thể tác động lên tim mạch và thần kinh.
- Hay gây tổn thương hơn
- Giãn cơ từ từ không hoàn toàn
- Ít ảnh hưởng hô hấp
- Nguy cơ nhiễm trùng (+).
- Dễ kiểm soát mức giảm đau. Phụ thuộc thể tích thuốc mà thôi.
- Dễ kéo dài tác dụng bằng catheter
- Tác dụng thay đổi theo đậm độ và liều lượng.
- Ít gặp nhức đầu
- Không có
- Tụt huyết áp từ từ
- Nguy cơ tê tủy sống toàn bộ cao
- Vận động sớm
- Liều lượng thuốc cao
Xylocain 1-2%, 10-20ml

4. Gây tê ngoài màng cứng bằng đường xương cùng

4.1. Chỉ định

Thường cho các cuộc mổ mà vùng chi phối thần kinh từ D12 trở xuống. Các cuộc mổ ở tiểu khung, mổ sản hoặc giảm đau ở chi dưới.

4.2. Chống chỉ định

- Nhiễm trùng tại chỗ
- Tổn thương thần kinh cấp



- Sốc, tụt huyết áp, thiếu khối lượng tuần hoàn.

4.3. Kỹ thuật

4.3.1. Phương tiện: rất đơn giản

- Kim dùng chọc là kim số 21-23G, ngắn dưới 50mm, tránh dùng kim nhỏ và dài để tránh tiêm thuốc vào trong xương vì ở đây xương xốp hơn.
- Có thể dùng một catheter như catheter chọc tĩnh mạch thông thường hoặc dùng kim Tuohy để luồn catheter (18G).
- Thuốc tê đậm độ như gây tê ngoài màng cứng nhưng với thể tích gấp đôi.

4.3.2. Chọc kim

- Tư thế bệnh nhân: điều quan trọng là xác định được khe cùng cột.
- Nằm sấp: cho bệnh nhân nằm sấp, kê một gối ở dưới hai háng để làm cho xương cùng tạo ra một góc tương đương 30-35 độ với mặt bàn. Cũng có thể hạ bớt hai chân trên bàn mổ để có tư thế mong muốn. Luôn đặt hai chân bệnh nhân hơi gập và các ngón chân xoay vào trong. Việc đặt gối dưới hai gai chậu trước trên vừa để dễ chọc gây tê, vừa tránh chèn ép tĩnh mạch chủ dưới gây ứ đọng máu ở hệ tĩnh mạch trong khoang cùng.
- Nằm nghiêng gần đây hay được áp dụng vì dễ làm cho bệnh nhân dễ chịu hơn. Bệnh nhân nằm co lưng và hơi gập, chân ở trên hơi duỗi để dễ xác định khe cùng cột.
- Cần sát trùng cẩn thận trước gây tê vì vùng này gần hậu môn. Sát trùng bằng dung dịch không gây kích thích niêm mạc như betadin hay chlorhexidin (Hibitane) sau đó nhét một miếng gạc giữa khe mông rồi mới dùng cồn trắng sát trùng lại. Trãi toan vô trùng.
- Cần tê tại chỗ khi dùng chọc kim to.
- Chọc kim vào khe cùng vuông góc với mặt da. Sau đó ngả 30°, luồn kim vào với độ sâu < 45mm. Sau khi hút nhẹ nhàng không thấy có máu ra hoặc dịch não tủy, đặt một tay lên xương cùng, bơm nhanh vài ml không khí vào, nếu kim vào ngay dưới da thì sẽ thấy bọt khí dưới da, còn nếu kim ra mặt trước xương cột bệnh nhân sẽ rất đau; chỉ khi bơm không khí vào thấy nhẹ nhàng và bệnh nhân thấy có một cảm giác lạ ở hai chân thì đúng là đã vào khoang cùng. Khi đó có thể dùng một liều test xylocain có trộn adrenalin 1/200.000 lấy 3ml tiêm vào nếu kim nằm trong mạch máu sẽ thấy ngay mạch nhanh do adrenalin, còn nếu nằm trong dịch não tủy sẽ thấy liệt hai chân. Nếu không có tác dụng đó thì có thể bơm nốt số thuốc còn lại. Thể tích của thuốc tê tùy thuộc đòi hỏi của vùng giảm đau, thường phải gấp hai lần tê ngoài màng cứng thất lưng. Liều lượng thường dùng 20-30ml thuốc tê ở người lớn với xylocain 5mg/kg và bupivacain 2mg/kg.

4.3.3. Các biến chứng, phiền nạn

- Chọc sai chỗ vào trực tràng
- Tiêm thuốc vào tĩnh mạch, tắc mạch do hơi
- Tiêm thuốc vào xương
- Tiêm thuốc dưới da
- Tiêm thuốc vào tủy sống
- Phản ứng thuốc tê
- Gây tê ngoài màng cứng rộng do dùng quá nhiều thuốc tê.
- Tụt huyết áp thường nhẹ hơn so với gây tê ngoài màng cứng thông thường.
- Nhiễm trùng, gãy kim, đứt catheter.

ĐẠI CƯƠNG VỀ CÁC THUỐC MÊ

I. THUỐC MÊ TĨNH MẠCH

1. Propofol (Diprivan): liều lượng khởi mê 1,5 - 2,5mg/kg. Propofol là thuốc thường được sử dụng để khởi mê tĩnh mạch nhất hiện nay, chủ yếu vì thời gian bắt đầu tác dụng nhanh đồng thời cũng cho phép hồi tỉnh nhanh. Thuốc này rất thích hợp cho các trường hợp mổ ngắn, mổ ngoại trú. Thuốc còn được dùng trong kỹ thuật gây mê có kiểm soát nồng độ đích (TCI) với tác dụng mê ổn định và ít các tác dụng không mong muốn. Ngoài ra người ta còn dùng Propofol liều thấp để an thần cho các bệnh nhân gây tê hoặc ở phòng hồi sức tích cực.

- Dạng bao bì: Propofol thường được đóng trong ống tiêm thủy tinh 20ml chứa 200mg propofol (dung dịch 1% chứa 10mg/ml). Đây là dạng nhũ dịch sữa có tính ổn định, với pH 6 - 8,5.

- Dược động học: ngay sau khi tiêm tĩnh mạch, Propofol nhanh chóng vượt qua hàng rào máu, não, rau thai và ức chế tri giác tùy theo liều lượng sử dụng. Propofol được nhanh chóng chuyển hóa qua gan.

- Dược lực học: tiêm tĩnh mạch nhanh có thể gây tụt huyết áp, đặc biệt ở các bệnh nhân bệnh tim mạch. Hồi tỉnh nhanh hơn so với thiopental và methohexital.

- Tác dụng không mong muốn: đau ở chỗ tiêm, đôi khi bệnh nhân có các cử động nhẹ, bất thường lúc khởi mê.

2. Thiopenton (Pentothal): liều lượng khởi mê 4 - 5mg/kg.

- Dạng bao bì: lọ thủy tinh 20ml có chứa 500mg bột thuốc màu vàng chanh, sau pha với 20ml nước cất có pH 10,5. Dung dịch mẹ 2,5% (25mg/ml) ổn định trong 24giờ sau pha. Ở Việt Nam hay sử dụng dung dịch pha 1,25% để khởi mê.

- Dược động học: thời gian khởi phát tác dụng là trong vòng 30 giây và thời gian tác dụng của liều lượng tiêm một lần là khoảng 5 phút. Thời gian tác dụng và liều lượng khởi mê thay đổi tùy thuộc vào lứa tuổi và tình trạng sức khỏe của người bệnh. Các bệnh nhân có suy giảm chức năng sống, thiếu máu thể tích tuần hoàn cần dùng liều lượng thuốc thấp, nếu không có thể gây tụt huyết áp nặng. Thuốc hết tác dụng là do tái phân bố và sau đó là chuyển hóa qua gan.

- Dược lực học: rất hiếm khi gây kích thích trong giai đoạn khởi mê như với methohexiton. Là thuốc chống co giật mạnh và giảm chuyển hóa, giảm tiêu thụ oxy của não. Ở bệnh nhân khỏe mạnh ban đầu có tăng sức cản ngoại vi biểu hiện bằng tăng huyết áp. Tiếp theo sau đó là ức chế chức năng tim mạch tùy thuộc vào liều lượng sử dụng gây giảm cung lượng tim và tụt huyết áp. Ít ảnh hưởng đến nhịp tim. Thiopental có tác dụng ức chế trung tâm hô hấp và ít ảnh hưởng đến trương lực phế quản.

- Tác dụng không mong muốn: đau ở chỗ tiêm (vì pH kiềm). Hiếm khi gặp phản ứng phản vệ (1/30.000). Đái Porphyria, do vậy chống chỉ định dùng cho các bệnh nhân có tiền sử đái porphyria.

3. Ketamine (Ketalar): liều lượng khởi mê đường tiêm tĩnh mạch là 1- 2mg/kg. Tiêm bắp là 5 - 12mg/kg.

- Dạng bao bì: đóng trong lọ thủy tinh màu, là dung dịch rất ổn định có pH hơi toan (3,5 - 5,5). Bị kết tủa khi dùng cùng barbiturat và các thuốc kiềm khác.

- Dược lực học: là thuốc giảm đau mạnh, có gây các thay đổi dạng kích thích trên sóng điện não, do vậy không nên dùng cho các bệnh nhân có tổn thương não do làm tăng lưu lượng máu tưới não. Thuốc ketamin gây giải phóng catecholamin. Do vậy, có thể sử dụng cho các bệnh nhân có nguy cơ cao, tuy nhiên tăng huyết áp có thể là vấn đề. Ảnh hưởng trên huyết áp có thể là sự tương tác giữa tác dụng ức chế trực tiếp cơ tim và kích thích trung tâm giao cảm. Ketamin là thuốc làm giãn phế quản, có thể sử dụng cho gây mê bệnh nhân hen phế quản.

Bảng 1: Các đặc tính dược động học của một số thuốc mê tĩnh mạch

Thuốc	pH	Tốc độ thải trừ ml /kg/phút	Nửa đời sống tái phân bố (phút)	Nửa đời sống thải trừ (giờ)
Thiopenton	10,5	3,5	3 - 8	10 - 12
Propofol	3, 5 - 5,5	6 - 8,5	2 - 4	3 - 63
Ketamin	3, 5 - 5,5	18	5	2,17
Midazolam	3,3	4, 4 - 11	6 - 30	1, 7 - 4

II. CÁC THUỐC MÊ BỐC HƠI

Các thuốc mê bốc hơi có tác dụng nhờ hấp thu thuốc từ phế nang vào máu. Thuật ngữ đậm độ phế nang tối thiểu (MAC) là chỉ số về độ mạnh tương đối của các thuốc mê bốc hơi. *MAC được định nghĩa: bằng đậm độ của thuốc mê bốc hơi ở phế nang đủ để ức chế 50% người bệnh không còn đáp ứng với kích thích đau của phẫu thuật.* Ngày nay, tất cả các thuốc mê bốc hơi đều rất mạnh, do vậy cần có các bình bốc hơi được chỉnh chuẩn rất chính xác. Tất cả các thuốc mê bốc hơi đều có thể gây sốt cao ác tính ở các bệnh nhân nhạy cảm với bệnh này.

1. Halothan (Fluothane): là thuốc mê mạnh nhưng ít tác dụng giảm đau và giãn cơ. Nó gây giãn mạch máu ngoại vi và ức chế co bóp cơ tim. Halothan dễ gây loạn nhịp tim khi dùng kèm với adrenalin, do vậy tránh dùng cùng nhau. Các tác dụng không mong muốn của nó:

- Viêm gan do halothan. Nhưng hiếm khi gây vàng da sau mổ. Thiếu oxy hoặc tụt huyết áp làm tăng nguy cơ viêm gan.

- Có thể gây rét run sau mổ không kèm theo hạ thân nhiệt. Điều trị cần kèm theo cung cấp oxy tăng lên vì nhu cầu tiêu thụ oxy tăng cao do rét run.

2. Isofluran (Forane): là một đồng đẳng của Enfluran, là thuốc mê mạnh tương đương với halothan, nhưng có mùi khó chịu hơn. Do vậy, ít khi được dùng để khởi mê. Có thể dùng để gây mê mổ thân kinh với đậm độ thuốc < 1%. Thuốc này ít được chuyển hóa nên tỷ lệ gây bệnh ở gan và thận ít hơn so với Enfluran và Halothan.

3. Sevoflurane (Sevorane): là thuốc mê bốc hơi đặc trưng bằng khởi mê và hồi tỉnh nhanh nên hay được sử dụng cho các cuộc mổ ngắn và hay dùng để khởi mê bằng thuốc mê bốc hơi.

4. Các thuốc mê bốc hơi khác: desfluran, enfluran, ether hiện không được sử dụng ở Việt Nam.



III. CÁC THUỐC HỌ NHA PHIẾN

1. Morphin: là thuốc giảm đau lâu đời nhất, và là thành phần tác dụng chính của thuốc phiện. Cũng giống như tất cả các thuốc họ nha phiến, nó gây ức chế đáp ứng của trung tâm hô hấp với thần khí (CO_2). Do vậy có thể gây ức chế hô hấp, đặc biệt khi được tiêm nhắc lại vì thuốc có tác dụng kéo dài. Có thể dùng Morphin theo đường tiêm dưới da, tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch. Thuốc có thể gây giải phóng histamin. Morphin ức chế tuần hoàn nhiều hơn so với Fentanyl.

2. Pethidin (Dolargan): là thuốc nha phiến tổng hợp có thời gian tác dụng trung gian giữa Fentanyl và Morphin. Nó cũng gây ức chế về hô hấp tùy theo liều lượng sử dụng. Thường được dùng liều nhỏ tiêm tĩnh mạch để giảm đau hoặc dùng khởi mê. Có thể dùng gây tê tủy sống để mổ với liều lượng 1mg/kg.

3. Fentanyl: liều lượng khởi mê 1 - 2mg/kg. Là thuốc họ nha phiến có tác dụng mạnh và ngắn với ít tác dụng không mong muốn. Fentanyl ít có tác dụng ức chế tuần hoàn nên thường được dùng cho gây mê mổ tim mạch và cho các bệnh nhân sốc. Là thuốc phối hợp khởi mê tốt, ít gây phản ứng dị ứng hoặc tương tác thuốc; vì tác dụng ngắn nên ít dùng đường tiêm bắp. Có thể có tác dụng tích lũy nếu tiêm nhắc lại. Có thể dùng phối hợp với bupivacain trong gây tê tủy sống hoặc gây tê ngoài màng cứng.

IV. CÁC THUỐC GIÃN CƠ

1. Suxamethonium (Succinylcholine, Myorelaxine): liều lượng: 1 - 1,5mg/kg. Suxamethonium là thuốc giãn cơ khử cực, đóng ống 2ml chứa 100mg suxamethonium (50mg/ml). Thuốc này có tác dụng nhanh và đủ để đặt ống nội khí quản, thời gian tác dụng cũng rất ngắn, trong khoảng 2 - 3 phút, do vậy nếu tiêm để đặt ống mà chưa đặt được có thể bóp bóng chờ cho các bệnh nhân tự thở lại. Sau khi tiêm tĩnh mạch thuốc gây rung giật các cơ vân, giải phóng ion kali ra khỏi tế bào nên chống chỉ định dùng thuốc cho các bệnh nhân mới bị bông hoặc kali máu cao. Với các trường hợp mổ dài sau tiêm suxamethonium và đặt ống nội khí quản, cần dùng thêm giãn cơ không khử cực để duy trì giãn cơ. Hiện nay do có thuốc giãn cơ không khử cực tác dụng nhanh là rocuronium (Esmeron) người ta ít sử dụng suxamethonium hơn.

- Chỉ định: dùng trong các trường hợp cấp cứu có nguy cơ dạ dày đầy cần đặt ống nội khí quản mà không bóp bóng thông khí trước. Hoặc các trường hợp có tiền lượng đặt ống nội khí quản khó, nếu đặt không thành công có thể chờ cho bệnh nhân tự thở lại. Có thể dùng cho một số thủ thuật ngắn như chống rung tim bằng sốc điện, soi khí phế quản, soi thực quản

- Một số tác dụng không mong muốn: đau cơ có thể gặp ở một số bệnh nhân khỏe mạnh. Giải phóng kali quá nhiều gây tai biến, đặc biệt ở bệnh nhân sau khi bị bông từ 24 giờ đến 06 tháng. Giãn cơ kéo dài ở bệnh nhân

thiếu men pseudocholinesterase. Sốt cao ác tính có thể xảy ra đặc biệt ở các bệnh nhân có tiền sử dị truyền mang tính gia đình.

2. Atracurium (Tracrium): liều lượng để đặt ống nội khí quản 0,5 - 0,6mg/kg để truyền duy trì giãn cơ 0,3 - 0,5 mg/kg/giờ.

- Dạng bao bì: ống tiêm chứa 2,5ml thuốc có 25mg/10mg/ml atracurium besylate, có pH 3,2 - 3,5. Atracurium bị kết tủa khi gặp các thuốc kiềm như thiopenton và methohexiton.

- Dược động học: Atracurium được phân huỷ ngay trong huyết tương ở nhiệt độ và pH sinh lý. Do vậy, thuốc này được chọn lựa để sử dụng cho các bệnh nhân suy thận và thuốc không bị tích lũy. Một phần thuốc được chuyển hóa bởi men esterase trong huyết tương vì thuốc không có thời gian tác dụng ngắn (khoảng 20 phút) và hồi phục nhanh nên thường được dùng tiêm truyền liên tục. Thời gian tác dụng của thuốc không bị ảnh hưởng bởi suy gan hoặc thận.

- Dược lực học: có thể gây hạ huyết áp do giải phóng histamin, đặc biệt khi tiêm nhanh.

- Các tác dụng không mong muốn: giải phóng histamin, không có tác dụng ức chế cận giao cảm và ức chế hạch nên đôi khi gặp nhịp chậm tim khi dùng cùng các thuốc kích thích cận giao cảm khác. Thời gian tác dụng giãn cơ có thể tăng lên do dùng cùng với các amymeglyaside, polymyxin hoặc lithium, kết tủa nếu trộn với các thuốc kiềm.

3. Vecuronium (Norcuron): liều lượng 0,1mg/kg

- Dạng bao bì: ống thuốc chứa bột khô phải được pha với nước cất ngay trước khi tiêm.

- Dược động học: Vecuronium được chuyển hóa chủ yếu ở gan (suy gan gây ức chế kéo dài tác dụng).

- Dược lực học: thời gian tác dụng giãn cơ khoảng 20 phút (tương đương với atracurium). Ít gây giải phóng histamin nên không ảnh hưởng huyết động.

- Các tác dụng không mong muốn: có thể bị kết tủa khi trộn với thuốc kiềm như thiopenton.

4. Pancuronium (Pavulon): là thuốc giãn cơ tương đối dài (30 - 40 phút) nên thường được sử dụng cho các trường hợp mổ kéo dài hoặc sẽ thở máy sau mổ. Thuốc này là dẫn chất của steroid và được chuyển hóa một phần qua gan và được đào thải qua thận. Liều lượng sử dụng là 0,1mg/kg sau đó 0,01mg/kg. Mỗi ống tiêm chứa 2mg/ml pancuronium bromide. Thuốc dễ bị tủa khi trộn với thuốc kiềm. Pancuronium là phần tử ion hóa cao, nên không chạy qua hàng rào máu não và rau thai. Thuốc có tác dụng ức chế cận giao cảm nên có thể gây nhịp tim nhanh và tăng huyết áp.

5. Rocuronium (Esmeron): cũng là một dẫn chất steroid giãn cơ không khử cực chiết xuất từ vecuronium. Nhưng được sản xuất dưới dạng hoà tan trong nước. Ống tiêm chứa 50mg/5ml (10mg/ml).

- Liều lượng: để đặt ống nội khí quản 0,6mg/kg có thể đặt ống nội khí quản sau 60 giây ở 95% bệnh nhân.
- Truyền liên tục 5 - 10mg/kg/phút (giảm liều khi dùng cùng gây mê bốc hơi).
- Dược động lực: khởi phát tác dụng nhanh hơn so với các thuốc giãn cơ không khử cực khác. Dược chuyển hóa ở gan và thải trừ qua mật.. 33% đào thải nguyên dạng qua nước tiểu.
- Dược lực học: ít gây giải phóng histamin và ít thấy ảnh hưởng huyết động.
- Tác dụng không mong muốn: giảm liều lượng đến 40% khi dùng cùng thuốc mê bốc hơi.
- Tương tác thuốc khác: không nên tiêm cùng các thuốc sau: amoxylin, diazepam, flusemid, intralipid, thiopenton, propofol, vaneomyein.

GÂY Mê NỘI KHÍ QUẢN

1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Thực hiện đầy đủ các bước chuẩn bị được ghi trong bài Thăm khám bệnh nhân trước mổ
- Bỏ răng giả
- Đánh giá các tiêu chuẩn đặt nội khí quản khó
- Chuẩn bị một tĩnh mạch chắc chắn để tiêm thuốc và truyền dịch.

2. Chuẩn bị dụng cụ và thuốc

- Máy gây mê, oxy. Bóng và mát có kích thước phù hợp.
- Đèn soi thanh quản, có lưỡi đèn phù hợp
- Ống nội khí quản có ba cỡ số tương ứng với người bệnh.
- Băng dính hoặc dây để cố định ống nội khí quản
- Thiopental 2,5 - 1,25%, hoặc Propofol 1%, myorelacin, giãn cơ không khử cực, thuốc và bình thuốc mê bốc hơi, thuốc hồi sức như dịch truyền dịch đẳng trương, ephedrin, adrenalin...

- Máy hút, ống thông hút dịch tiết.
- Đặt máy theo dõi liên tục huyết động, SpO_2 ...

3. Kỹ thuật

- Úp mát cho thở oxy 100% trong 5 phút.
- Khởi mê bằng thiopental, hoặc propofol tiêm chậm tĩnh mạch cho đến khi mất tri giác.
- Tiêm myorelacin 60 - 100 mg vào tĩnh mạch
- Bóp bóng có oxy để làm hô hấp nhân tạo
- Khi đã giãn cơ hoàn toàn, đặt đèn soi thanh quản.
- Chọn ống nội khí quản, đặt nhẹ qua thanh quản vào khí quản
- Lắp ống nội khí quản vào máy gây mê, bóp bóng hoặc làm hô hấp nhân tạo.
- Nghe phổi xem thở có tốt không
- Cố định ống nội khí quản, bơm bóng của ống nội khí quản.
- Duy trì mê bằng thuốc mê tĩnh mạch hoặc thuốc mê bốc hơi.
- Đặt ống thông dạ dày
- Kiểm tra các chỉ số huyết động và SpO_2 .
- Tiêm thuốc giãn cơ có tác dụng dài như pavulon, norcuron, hoặc esmeron.
- Đặt bệnh nhân ở tư thế thuận lợi cho phẫu thuật
- Trong khi mổ chú ý truyền dịch bảo đảm khối lượng tuần hoàn đầy đủ.
- Mổ xong, trước khi để bệnh nhân tự thở và rút bỏ ống nội khí quản phải kiểm tra xem đã hết ảnh hưởng của thuốc giãn cơ chưa: ho được, há được mồm, thè lưỡi được, mở được mắt... Nếu còn tác dụng của thuốc giãn cơ thì phải trung hoà bằng cách tiêm prostigmin 0,0005 - 0,0015g vào tĩnh mạch. Trước khi tiêm phải lấy mạch. Nếu mạch chậm dưới 100 lần /phút thì phải tiêm atropin 1/4mg. Sau đó 5-10 phút khi mạch đã lên quá 100 lần /phút mới tiêm prostigmin.

4. Chỉ định

Mổ lồng ngực, mổ tim, mổ bụng trên, mổ bụng, mổ nội soi, bệnh nặng có nhiều thương tổn phối hợp, những phẫu thuật cần làm giãn cơ...

GÂY Mê TỈNH MẠCH

Gây mê tỉnh mạch đơn thuần hiện nay chỉ còn được áp dụng cho các thủ thuật ngắn, có kế hoạch (không làm cho bệnh nhân cấp cứu), ít xâm nhập, bệnh nhân ngoại trú, hoặc ở một số địa phương chưa có đủ điều kiện để gây mê nội khí quản cho tất cả các bệnh nhân. Nhưng gây mê tỉnh mạch cũng chỉ được tiến hành ở những nơi có đủ điều kiện để chủ động thông khí, có oxy, máy hút, có thể đặt được ống nội khí quản (NKQ) hoặc mát thanh quản (MTQ), khi cần.

1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Thực hiện đầy đủ các yêu cầu của chuẩn bị bệnh nhân mổ có kế hoạch (xem bài thăm khám bệnh nhân trước mổ). Đặc biệt là phải đảm bảo bệnh nhân có dạ dày rỗng theo nguyên tắc 2/4/6.
- Chuẩn bị trước một đường truyền tĩnh mạch chắc chắn để tiêm thuốc, truyền dịch trong khi mổ.
- Cho thở oxy 100% qua mát hở hoặc qua ống thông mũi 3-5 lít/phút

2. Chuẩn bị thuốc

- Chuẩn bị phương tiện làm hô hấp nhân tạo: bóng bóp, mát, ống NKQ, MTQ, oxy, máy hút, ống hút, đèn soi thanh quản. Nếu có thể có máy gây mê để sẵn là tốt hơn.
- Pha dung dịch thiopental 2,5%, nếu bệnh nhân yếu thì pha dung dịch loãng hơn: 1,25%; 1% hoặc 0,5%. Hoặc thuốc mê Propofol hút sẵn ra bơm tiêm, nếu có thể có bơm tiêm điện dùng truyền liên tục Propofol sẽ thuận tiện hơn.
- Cần chuẩn bị sẵn các thuốc cấp cứu cơ bản.

3. Kỹ thuật

- Tiền mê: chỉ nên cho atropin, thuốc ức chế bài tiết dịch vị, hạn chế sử dụng hoặc chỉ cho liều lượng nhỏ các thuốc an thần, giảm đau họ nha phiện để tránh ức chế hô hấp.
- Nên để bệnh nhân nằm ngửa, đầu hơi nghiêng sang bên, hoặc kê một gối nhỏ dưới vai để tránh tụt lưỡi.
- Nên dùng phương pháp *liều lượng nhỏ, tiêm thật chậm vào tĩnh mạch*: khởi mê bằng thiopental liều lượng 2-4mg/kg, cho đến khi mất tri giác; tiêm thêm 2 - 4ml nếu còn đau; tiêm thêm 4ml nữa và bắt đầu mổ. Về sau mỗi lần bệnh nhân tỉnh tiêm thêm 2 - 4ml. Trong khi tiêm phải theo dõi thật sát nhịp



thở, nếu có thay đổi như thở chậm lại hoặc nhanh hơn phải ngừng tiêm, cho bệnh nhân thở lại tốt rồi mới tiếp tục tiêm cho đến khi có thể mổ được.

- Nếu dùng Propofol(Diprivan), khởi mê bằng 2mg/kg, sau đó truyền tĩnh mạch liên tục bằng bơm tiêm điện liều lượng 5-10mg/kg/giờ, cần đánh giá tri giác và huyết động để điều chỉnh liều lượng thuốc cho phù hợp.

4. Chỉ định

Mổ các phần mềm, chi, các thủ thuật nội soi, chụp cộng hưởng từ với thời gian ngắn khoảng dưới 1giờ.

5. Chống chỉ định

- Bệnh nhân bị khó thở do bất kỳ nguyên nhân nào, suy tim, suy thận, suy gan cấp tính, sốc hay trụy tim mạch nặng, cao huyết áp, bệnh động mạch vành.
- Trẻ em dưới 5 tuổi, cụ già trên 60 tuổi
- Bệnh nhân có dạ dày đầy.
- Mổ đẻ, khi chưa lấy được con ra khỏi bụng mẹ

6. Xử trí khi có biến chứng

- Khi bệnh nhân ngừng thở: làm hô hấp nhân tạo bằng cách úp mặt có oxy và bóp bóng. Khi cần thiết có thể đặt mặt thanh quản hoặc ống nội khí quản.
- Khi bệnh nhân bị tụt huyết áp: truyền tĩnh mạch nhanh bằng dung dịch NaCl 0,9%, hoặc Ringerlactat, hoặc tiêm thuốc kích thích giao cảm như ephedrin.
- Khi bị ngừng tim: hồi sức tổng hợp ép tim ngoài lồng ngực, hô hấp nhân tạo, truyền dịch, tiêm thuốc trợ tim như những trường hợp bị ngừng tim do các nguyên nhân khác (A-B-C..).
- Khi bị co thắt thanh quản: tiêm atropin mg vào tĩnh mạch. Cho thở oxy 100%. Nếu không hiệu quả, mở khí quản nhanh bằng bộ minitract, hoặc chọc kim số 14g qua màng giáp nhân để thông khí nhân tạo. Nếu không được, gây tê thanh quản bằng xylocain 2% qua màng giáp nhân, tiêm thuốc giãn cơ succinylcholin để đặt ống nội khí quản làm hô hấp nhân tạo.

HẠN CHẾ TRUYỀN MÁU – PHA LOÃNG MÁU TRONG NGOẠI KHOA

I. MỞ ĐẦU

Một trong những tiến bộ của Y học thế kỷ XX là việc tìm ra các nhóm máu và áp dụng truyền máu đồng loại cùng nhóm. Tiến bộ này cùng với sự phát triển của chuyên ngành Huyết học, việc sản xuất ra các sản phẩm riêng biệt của máu đã giúp cứu sống rất nhiều người bệnh đặc biệt trong Ngoại khoa trong 20 năm vừa qua. Tuy nhiên sự phát triển của truyền máu cũng có những hạn chế của nó, vì nó có nguy cơ gây nên những phản ứng miễn dịch có thể nguy hiểm tới tính mạng người bệnh, ngoài ra truyền máu còn là nguồn gốc gây lây truyền các bệnh nhiễm khuẩn và nhiễm virus đặc biệt là virus HIV, virus viêm gan...cũng gây nên những hậu quả nghiêm trọng. Vì vậy trong khoảng 10 năm trở lại đây có nhiều công trình nghiên cứu về truyền máu và các tiêu chuẩn truyền máu, và các kỹ thuật nhằm hạn chế truyền máu đồng loại và các sản phẩm của máu. Đặc biệt trong ngoại khoa đó là 3 kỹ thuật: pha loãng máu tích cực trong mổ, truyền máu tự thân cách quãng có chương trình và lấy máu truyền lại trong mổ.

Trong bài này chúng tôi xin trình bày về một số tiêu chuẩn truyền máu trong ngoại khoa và các kỹ thuật truyền máu tự thân để hạn chế truyền máu đồng loại.

II. TIÊU CHUẨN TRUYỀN MÁU TRONG NGOẠI KHOA

Nói tới tiêu chuẩn truyền máu trong ngoại khoa là đồng thời phải nói tới các mặt liên quan sau đây:

- Hạn chế mất máu trong mổ
- Theo dõi chặt chẽ lượng máu mất
- Áp dụng kỹ thuật pha loãng máu đồng thể tích và đánh giá mức độ chấp nhận của người bệnh với mức độ pha loãng máu
- Áp dụng các kỹ thuật lấy lại máu trong mổ và sau mổ

1. Hạn chế mất máu

Trong mổ đòi hỏi phải có sự hợp tác chặt chẽ giữa bác sĩ gây mê và bác sĩ phẫu thuật. Người gây mê phải chú ý theo dõi máu mất ở vùng mổ và nâng



cao vùng mất máu lên cao hơn so với mức của nhĩ phải và không được làm cản trở máu tĩnh mạch trở về. Người phẫu thuật phải cầm máu kỹ vùng mổ và nếu có thể cho tiêm thấm thuốc co mạch ở vùng mổ để giảm mất máu.

2. Theo dõi chặt chẽ lượng máu mất phải thông qua hai chỉ số chính là

- Theo dõi, đo chính xác lượng máu mất ra bình hút, ra bông gạc, máu cục, thấm ra bàn mổ.
- Theo dõi bằng xét nghiệm hematocrit (micro hematocrit) làm tại chỗ sẽ tiết kiệm truyền máu

Trong thực tế thường xảy ra hai tình huống hay gặp sau đây:

a. Mất máu chỉ trung bình, hematocrit vẫn còn duy trì ở mức $> 30\%$. Nên áp dụng truyền các dung dịch như amidon (HAES 6%, 10%) hoặc gelafundin, hoặc dung dịch tinh thể đảm bảo bù thể tích tuần hoàn cho tới khi hematocrit = 25%, là mức mà đại đa số các bệnh nhân người lớn đều chấp nhận được. Chỉ trừ ở các bệnh nhân suy tim hay bệnh mạch vành và trẻ nhỏ mới cần duy trì hematocrit ở mức tối thiểu là 30% và cần có các phương tiện theo dõi, đáp ứng của huyết động liên tục.

b. Nếu mất máu ô ạt nhanh chóng cần thiết phải truyền máu ngay hoặc hồng cầu khối, nhưng mức độ truyền vào là tùy thuộc vào mức độ mất máu và hematocrit đồng thời với bù thể tích tuần hoàn bằng các dung dịch cao phân tử hoặc dịch tinh thể để duy trì hematocrit khoảng $< 20\%$ trong quá trình mổ.

c. Trong tất cả các trường hợp, truyền máu hoặc hồng cầu khối chỉ nên tiến hành sau khi đã cầm được chảy máu bằng ngoại khoa là tốt nhất, và mức độ mất máu và hồng cầu khối truyền vào chỉ cần đảm bảo đạt mức hematocrit vào giai đoạn hồi tỉnh là 30% là vừa đủ, tất nhiên có thay đổi chút ít tùy thuộc vào thể trạng người bệnh. Chỉ chỉ định truyền huyết tương tươi đông lạnh khi có rối loạn máu ghi rõ trên lâm sàng.

III. CÁC KỸ THUẬT TRUYỀN MÁU TỰ THÂN: (AUTOLOGUE TRANSFUSION)

1. Pha loãng máu đồng thể tích

Được tiến hành bằng cách chích lấy máu tĩnh mạch của người bệnh ngay trước lúc mổ. Thể tích máu lấy ra được tính toán trước và bù lại đồng thời bằng dung dịch cao phân tử hoặc dịch tinh thể sao cho mức hematocrit sau khi chích máu = 30% và bệnh nhân giữ nguyên thể tích tuần hoàn, bình ổn về huyết động. Khi người bệnh mất máu do mổ xẻ là máu đã “loãng”, máu lấy ra ban đầu sẽ được truyền lại cho người bệnh đó sau khi đã hết mất máu ngoại khoa và cũng chỉ truyền để duy trì hematocrit – 30% vào giai đoạn hồi tỉnh.

- Pha loãng máu đồng thể tích còn có thể được tiến hành đơn giản hơn là không có chích máu trước mổ mà chỉ bù lượng máu mất trong mổ bằng các

dung dịch cao phân tử hoặc dịch tinh thể với mục tiêu duy trì ổn định huyết động và hematocrit ở mức $\geq 30\%$. Chỉ truyền máu hoặc hồng cầu loại khi hematocrit $< 25\%$. Trong trường hợp này máu mất trong mô sẽ “đặc” hơn so với trường hợp có chích máu trước mổ trên đây.

Thực hành:

Yêu cầu cơ bản để áp dụng kỹ thuật này là phải có phương tiện - để theo dõi chặt chẽ về huyết động bao gồm: huyết áp động mạch, áp lực tĩnh mạch trung ương, điện tim, mạch và bão hoà oxy mao mạch (SpO_2)

Để xét nghiệm hematocrit nhanh (Micro – hematocrit)

- Kim, dây truyền, túi giữ máu có chứa chất chống đông máu, cân đong thể tích máu – tủ lạnh bảo quản trong trường hợp có chích máu bệnh nhân.
- Kim luồn (catheter), dây truyền, dịch truyền cao phân tử (HAES sterile 6%, 10%, HEMOESH 6%, 10%, Gelafundin, Haemaccel) hoặc dịch tinh thể dung dịch NaCl 3%, Ringerlactat.

* Chỉ định:

- Bệnh nhân người lớn không có bệnh nhiễm trùng tiến triển, không thiếu máu hoặc suy các chức năng sống, và cuộc mổ ước lượng số máu mất trong mô nhiều hơn thể tích máu có thể mất (Vm/m) theo công thức tính trong phần sau đây

* Các phép tính toán:

- Các chỉ số cần biết trước mổ bao gồm tình trạng toàn thân của người bệnh, các chức năng sống; chỉ định và phương pháp mổ xẻ, cân nặng và hematocrit trước mổ.

- Tính thể tích máu toàn bộ của người bệnh (Vtb)

$$Vtb = \text{cân nặng (kg)} \times 70$$

Tính thể tích máu có thể trích ra hoặc mất đi để hematocrit₂ bằng 30% (Vm/m) theo công thức Bourker cải tiến:

$$Vm/m = Vtb (Ht1 - Ht2) [3 - (Ht1 - Ht2)/2]$$

Trong đó hematocrit (Ht) viết dưới dạng số thập phân (ví dụ: Ht 30% = 0,30)

Cách tiến hành đối với phương pháp có chích lấy máu cần được tiến hành ngay trước khi mổ, sau khi người bệnh đã vào phòng mổ, có thể sau khi đã khởi mê. Người bệnh phải được luồn hai đường tĩnh mạch ở hai bên chi đối diện bằng các kim luồn có kích thước lớn (16G hoặc 14G). Một bên dùng để lấy máu tĩnh mạch ra, một bên để truyền bù thể tích tuần hoàn. Trong quá trình chích máu phải liên tục theo dõi huyết động mạch, nhịp tim, áp lực tĩnh mạch trung ương (nếu có) và bão hoà oxy mao mạch. Thể tích máu lấy ra như đã

tính toán trên đây và được kiểm tra bằng xét nghiệm hematocrit tại chỗ (micro hematorite).

Cách bù dịch:

+ Nếu bù bằng dịch tinh thể NaCl 9% hoặc rringerlactat cần lượng dịch bù gấp 3 lần lượng máu lấy ra.

+ Nếu bù bằng dịch cao phân tử HAES 6% hoặc HEMOESH 6% lượng dịch bù gấp 1,5 lần lượng máu mất, bù dịch keo gelafundin hoặc haemaccel lượng dịch bù gấp hai lần lượng máu lấy ra.

+ Nếu có albumin 5% bù bằng lượng máu lấy ra. Trường hợp không có chích máu mà chỉ theo dõi lượng máu mất cũng bù dịch theo nguyên tắc trên đây.

2. Truyền máu tự thân cách quãng có chương trình (phương pháp nhả cóc)

2.1. Lợi ích của phương pháp truyền máu tự thân cách quãng

Tránh nguy cơ gây các phản ứng miễn dịch, tránh truyền nhầm nhóm máu, tránh lây truyền bệnh từ người này sang người kia.

Có thể sử dụng ở những người từ chối truyền máu đồng loại.

Phương pháp này còn gây kích thích tuỷ xương, đồng thời điều trị bù các chất tạo máu sẽ nhanh chóng tạo được nguồn máu mới cho người bệnh.

Trong trường hợp đã lấy ra mà không cần truyền lại cho người bệnh vẫn có thể dùng truyền máu đồng loại.

2.2. Tổ chức thực hiện

Để thực hiện tốt phương pháp này cần có sự hợp tác chặt chẽ của nhiều nhóm chuyên môn: gây mê, mổ xẻ, trung tâm truyền máu và người bệnh.

Hơn nữa cần có một sự đào tạo và chương trình hợp tác thống nhất. Trước hết là người bác sĩ phẫu thuật sẽ chẩn đoán bệnh và tiên lượng cuộc mổ sẽ mất nhiều máu do vậy dự kiến cho người bệnh vào chương trình truyền máu tự thân..

Sau đó người bệnh sẽ được gửi đến cho bác sĩ gây mê thăm khám để đánh giá về tình trạng chức năng tim mạch cũng như ước lượng lượng máu cần truyền cho cuộc mổ. Việc đánh giá kỹ càng trước mổ sẽ quyết định thành công của phương pháp này. Người bác sĩ gây mê còn có trách nhiệm hướng dẫn và giải thích kỹ cho người bệnh về lợi ích và phương pháp tiến hành trước khi gửi bệnh nhân đến trung tâm huyết học và truyền máu.

Trung tâm huyết học và truyền máu có trách nhiệm tổ chức và giải thích cho bệnh nhân cách tiến hành lấy máu và trữ máu để truyền lại. Làm lại các xét nghiệm máu cần thiết để quyết định lấy máu và trữ máu và toàn

bộ chu trình lấy máu như lấy máu của các người cho máu. Máu lấy ra có nhãn riêng và bảo quản riêng. Thông thường mỗi tuần sẽ lấy máu ra một lần: mỗi lần lấy ra khoảng 7ml/kg của người bệnh có thể truyền trong lúc lấy máu qua một tĩnh mạch khác dung dịch cao phân tử hoặc dịch tinh thể nếu cần.

Máu lấy ra được bảo quản trong túi có chứa chất chống đông SAG trong 35 ngày. Bệnh nhân được bù sắt và vitamin B12 nếu cần để kích thích tạo máu...

Thông thường một người lớn có thể lấy ra 1 lần từ 1 đến 2 túi máu trong tuần. Tuần tiếp sau người ta có thể truyền lại 1 túi máu đã lấy ra tuần trước và để lấy ra 2 túi mới để có thể lấy được ra nhiều túi máu hơn nếu cần. Người ta cũng có thể tách riêng hồng cầu khối (Hck) và huyết tương đông lạnh (Htdl) để bảo quản lâu hơn.

Trường hợp cần thiết người ta còn có thể phối hợp lấy máu cách quãng có chương trình với pha loãng máu đồng thể tích ngay trước mổ để có nhiều máu dự trữ hơn truyền lại sau khi mất máu.

2.3. Chống chỉ định của truyền máu tự thân cách quãng:

- Bệnh nhân trẻ em
- Bệnh nhân có suy tim hoặc bệnh mạch vành, thiếu máu.
- Bệnh nhân đang có bệnh nhiễm trùng tiến triển
- Nơi không có đủ điều kiện tổ chức lấy và dự trữ máu.

3. Truyền máu tự thân bằng cách lấy lại máu mất trong và sau mổ

Hút lại máu chảy ra từ vùng mổ hoặc dẫn lưu thông qua một máy gọi là “Cell Saver” để lấy lại hồng cầu.

Máu được hút từ vùng mổ A (hoặc dẫn lưu sau mổ) chứa về bình C có lọc để giữ lại đó các cặn tế bào, cục máu đông, có trộn với chống đông bằng heparin. Sau đó máu được hút qua bơm D về bát ly tâm E. ở bát ly tâm E máu được rửa và tách hồng cầu. Huyết tương, hemoglobin tự do, thuốc chống đông và các yếu tố hoạt hoá đông máu được thải sang túi F. Dịch muối NaCl 9% hoặc ringer lactate ở túi G sẽ được hút sang bát ly tâm E để rửa hồng cầu và sau đó hồng cầu khối được bơm sang đựng ở túi H khi đó máu này có Hct = 60% và được dùng để truyền lại cho người bệnh sau khi hết mất máu.

Ở Việt Nam trước đây còn lấy máu lại và lọc qua các lớp gạc để truyền lại ngay không qua lọc rửa, phương pháp này không đảm bảo hồng cầu sạch, và có thể có một số tai biến do lọc không tốt và còn để lại các yếu tố gây hoạt hóa đông máu.

IV. KẾT LUẬN

Truyền máu đồng loại có thể có nguy cơ gây tai biến truyền máu, phản ứng miễn dịch, lây truyền bệnh nhiễm khuẩn, virus và ức chế miễn dịch. Trong ngoại khoa có thể áp dụng một số kỹ thuật tiết kiệm các sản phẩm của máu và truyền máu tự thân. Trong đó có lấy lại hồng cầu trong mỡ (cellsaver) và pha loãng máu đông thể tích là hai kỹ thuật ngày nay còn được sử dụng nhiều máu do tính hiệu quả và sự đơn giản, an toàn của kỹ thuật. Kỹ thuật truyền máu tự thân ngắt quãng ít được áp dụng do sự phức tạp của khâu tổ chức bảo quản và trữ máu cũng như các nguy cơ do dùng các sản phẩm máu đã được dự trữ lâu ở các trung tâm truyền máu.

THĂM KHÁM BỆNH NHÂN TRƯỚC GÂY MÊ

I. ĐẠI CƯƠNG

Thăm khám bệnh nhân trước gây mê là những việc làm cần thiết đầu tiên nhằm đề phòng, hạn chế và xử trí các tai biến có thể xảy ra trong quá trình mổ và thời kỳ sau mổ. Mục đích của thăm khám bệnh nhân trước gây mê là:

- Đối với người làm gây mê hồi sức: biết được tiền sử bản thân và gia đình của bệnh nhân về bệnh tật, thói quen, tiền sử dị ứng, tiền sử dùng thuốc và tình trạng hiện tại. Tìm hiểu chẩn đoán và dự kiến mổ xẻ. Đề xuất các xét nghiệm chuyên khoa bổ sung nếu cần thiết. Từ đó dự kiến, kế hoạch gây mê và hồi sức cho bệnh nhân.

- Đối với người bệnh: giải thích và động viên giúp cho bệnh nhân hiểu, tin tưởng và hợp tác với thầy thuốc.

- Tất cả các kết quả đều phải được ghi chép đầy đủ trong hồ sơ của bệnh nhân.

II. PHÂN LOẠI PHẪU THUẬT

1. Phẫu thuật cấp cứu

Là các phẫu thuật cần làm ngay nên các chuẩn bị thăm khám, xét nghiệm cần làm là cơ bản trong điều kiện cho phép.



2. Phẫu thuật có chuẩn bị (mổ kế hoạch)

Có thực hiện được các thăm dò, xét nghiệm đầy đủ, chuẩn bị các phương tiện thiết bị và kỹ thuật tốt nhất có thể được và quan trọng là người bệnh được động viên, giải thích rõ để yên tâm cho phẫu thuật thành công.

Hiện nay, người ta cố gắng đưa nhiều phẫu thuật trước kia là cấp cứu hoặc cấp cứu trì hoãn thành phẫu thuật có chuẩn bị như cắt túi mật, sỏi mật, sỏi niệu quản để đảm bảo một cuộc mổ an toàn và hoàn thiện hơn.

III. CÁC BƯỚC CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

1. Chuẩn bị về tâm lý, nhận thức

Bằng sự giải thích, thầy thuốc phải tạo cho bệnh nhân một lòng tin. Nói chuyện về diễn tiến cuộc mổ, cách dùng dẫn lưu, ống nội khí quản một cách chi tiết để bệnh nhân hiểu rõ từ đó có thể chấp nhận những thao tác này tốt hơn về tâm lý cũng như sinh lý. Đối với những phẫu thuật làm thay đổi hình dạng ở đầu, cổ, chi, vú, cơ quan sinh dục, hậu môn nhân tạo, tiểu ra đường hậu môn phải giải thích rõ và cần sự đồng ý của bệnh nhân. Cũng cần phải nói cho bệnh nhân biết những tai biến có thể xảy ra trong khi mổ và những khó khăn của thời kỳ hậu phẫu. Nếu giải thích để bệnh nhân rõ, tin tưởng thì sẽ hiệu quả hơn cho tiền mê.

2. Khám bệnh nhân

2.1. Hỏi bệnh

– Tiền sử bệnh nội khoa:

+ Bệnh tim mạch: hỏi tiền sử đau ngực, nhồi máu cơ tim, loạn nhịp, bệnh van tim, tăng huyết áp, viêm tắc động mạch

+ Bệnh hô hấp: tiền sử hen, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, lao phổi cũ

Ngoài ra cần phải khai thác thêm để biết bệnh nhân có các bệnh khác kèm theo như gan mật (viêm gan virus B,C), tiêu hóa (loét dạ dày tá tràng), tiết niệu, bệnh thần kinh (tiền sử động kinh, tai biến mạch máu não), nội tiết (bướu cổ, đái đường), bệnh hệ thống, sốt rét, sốt cao ác tính, porphyrin niệu

– Tiền sử bệnh ngoại khoa: tiền sử phẫu thuật, loại phẫu thuật, các biến chứng, thời gian nằm hồi sức của lần mổ trước.

– Tiền sử dị ứng:

+ Cơ địa dị ứng với thời tiết, thức ăn, hóa chất, phấn hoa, lông thú, nhựa latex.

+ Dị ứng thuốc: dị ứng kháng sinh họ penicillin, thuốc tê, thuốc mê, giảm đau, vacxin.



- Tiền sử gia đình: bệnh lý về máu, porphyrin, hen phế quản, sốt cao ác tính, bệnh về cơ.
- Các thói quen: thuốc lá, bia rượu, nghiện hoặc sử dụng thuốc phiện.
- Tiền sử đã và đang dùng thuốc:
 - + Bệnh nhân tăng huyết áp (HA) đang điều trị thuốc chẹn β -adrenegic cần tiếp tục điều trị. Các thuốc ức chế calci (nifedipin, nicardipin) dùng điều trị suy vành cao HA cần duy trì trước, trong và sau mổ.
 - + Các thuốc ức chế men chuyển nên ngừng trước mổ 24 giờ để tránh tụt HA và mạch chậm khi khởi mê.
 - + Thuốc lợi tiểu nên ngừng trước mổ 24 giờ để tránh giảm khối lượng tuần hoàn và mất kali máu.
 - + Các thuốc điều trị bệnh đái đường dạng uống nên ngừng trước mổ 24 giờ. Nếu điều trị bằng insulin thì cần phải duy trì trước, trong và sau mổ.
 - + Thuốc chống đông loại antivitamin K hoặc aspégic nên ngừng trước mổ.
 - + Các bệnh nhân bị bệnh hệ thống hoặc các bệnh khác cần điều trị corticoid kéo dài thì cần phải duy trì.

2.2. Thăm khám lâm sàng

Nguyên tắc: thăm khám toàn diện, tỷ mỉ, lần lượt và định hướng theo một số cơ quan bằng các hình thức nhìn, sờ, gõ, nghe. .

* Khám toàn thân

- Thể trạng béo, gầy hay suy kiệt, phù, sốt, khó thở. Màu sắc da, niêm mạc, kích thước tuyến giáp. Lấy các dấu hiệu sinh tồn như mạch, HA, nhịp tim, tần số thở.
- Khám hệ thống xương khớp, thần kinh ngoại biên có thể ảnh hưởng tới bệnh nhân khi gây mê, gây tê để phẫu thuật.

* Khám tim mạch

- Nghe tim xem nhịp đều hay không? Tĩnh mạch cổ có nổi hay không? Gan có to không?
- Nếu có cao huyết áp phải đo huyết áp cả hai tay, hai chân để so sánh, nghe động mạch cảnh, khám hệ thống tĩnh mạch.
- Kiểm tra và nghe mạch cổ để phát hiện tiếng thổi động mạch cảnh xem có hẹp hay không?
- Đánh giá hệ thống tĩnh mạch, tìm kiếm các yếu tố toàn thân hay tại chỗ thuận lợi cho bệnh tắc mạch do huyết khối, nhất là bệnh nhân lớn tuổi.

*** Khám hệ hô hấp**

– Nhìn hình dạng của lồng ngực, sờ, gõ, nghe phổi xem có ran hay không, có xẹp phổi, tràn dịch, tràn khí màng phổi không.

– Có khó thở không, gắng sức hay thường xuyên, ổn định hay đang tiến triển.

*** Khám hệ tiết niệu:** tìm các dấu hiệu như chạm thận, bập bênh thận, điểm đau khu trú, số lượng, màu sắc nước tiểu.

*** Khám gan, mật, dạ dày:** cần phải xác định gan to hay bé, mật độ cứng hay mềm, đau hay không, tìm các điểm đau đặc hiệu, khu trú

Đánh giá tình trạng tâm lý của bệnh nhân qua khai thác.

Khám để giải thích một số hoạt động cần thiết trong quá trình mổ và gây mê cho bệnh nhân hiểu để quyết định áp dụng phương pháp tiền mê, gây mê cũng như sử dụng các loại thuốc mê cho phù hợp với bệnh nhân.

2.3. Dự kiến đặt nội khí quản khó

Các yếu tố dự kiến đặt nội khí quản khó

Khám đầu, mặt, cổ, răng miệng: đây là khâu khám rất quan trọng, nó giúp cho người gây mê hồi sức tiền lượng được việc đặt nội khí quản khó hay dễ.

*** Khoảng cách miệng - hầu theo Mallampati:**

Được đánh giá ở bệnh nhân với tư thế ngồi, cổ ngửa thẳng, há miệng, thè lưỡi và phát âm A. Có 4 mức độ như sau:

+ I: Thấy khẩu cái cứng, khẩu cái mềm, lưỡi gà, thành sau họng, trụ trước và trụ sau amidan.

+ II: Thấy khẩu cái cứng, khẩu cái mềm, một phần lưỡi gà và thành sau họng.

+ III: Thấy khẩu cái cứng, khẩu cái mềm và nền của lưỡi gà.

+ IV: Chỉ thấy khẩu cái cứng.

Nếu ở mức độ III và IV là đặt nội khí quản khó.

*** Khoảng cách cằm - giáp:** là khoảng cách từ bờ trên sụn giáp đến phần giữa cằm. Đo ở tư thế ngồi, cổ ngửa thẳng, hít vào. Nếu khoảng cách này < 6cm (3 khoát ngón tay) là đặt nội khí quản khó.

*** Khoảng cách giữa 2 cung răng:** khoảng cách giữa 2 cung răng đo ở vị trí há miệng tối đa, nếu < 35mm là đặt nội khí quản khó.

*** Các dấu hiệu khác**

- Cổ ngắn
- Hàm dưới nhỏ, hớt ra sau
- Vòm miệng cao, răng hàm trên nhô ra trước (răng vẩu).
- Khoang miệng hẹp, lưỡi to (ở trẻ em).
- Ngực, vú quá to, béo bệu.
- Hạn chế vận động khớp thái dương hàm, cột sống cổ.
- U sùi vòm miệng, họng, thanh quản.

2.4. Kiểm tra toàn bộ các xét nghiệm có liên quan đến cuộc mổ

2.4.1. Xét nghiệm cơ bản theo bệnh và tính chất cuộc mổ

- Huyết học: công thức máu (CTM), hồng cầu, bạch cầu, hematocrit, huyết sắc tố, thời gian máu chảy, máu đông, nhóm máu, đông máu toàn bộ
- Sinh hóa: urê huyết, creatinin, đường máu, điện giải, protein..., nước tiểu tìm hồng cầu, bạch cầu, căn tinh thể, cấy tìm vi khuẩn, xét nghiệm HIV, HCV, HBsAg, v. ...
- XQuang phổi: các bất thường có thể phát hiện đó là tim to hoặc các bệnh phế quản phổi mạn tính tắc nghẽn, các ung thư di căn phổi, lao phổi.
- Điện tim (ECG): cho tất cả bệnh nhân trên 50 tuổi hoặc các bệnh nhân có tiền sử tim mạch, cao huyết áp, lao phổi, loạn nhịp, đái đường, rối loạn nước điện giải để điều chỉnh trước mổ.

2.4.2. Xét nghiệm bổ sung cần thiết theo bệnh nhân nếu có thể

Các bệnh nhân mạch vành: làm ECG, XQuang phổi bắt buộc ở mọi lứa tuổi, siêu âm tim. Nếu nghi có nhồi máu cơ tim phải làm các xét nghiệm SGOT, SGPT, CPK, LDH, CK-MB, TroponinB thăm dò chức năng tim để đánh giá tình trạng của tim.

Các bệnh nhân phổi như ung thư, lao, hen phế quản phải chụp phổi, thăm dò chức năng hô hấp hoặc chụp phế quản, soi đờm tìm vi khuẩn lao, phản ứng Mantoux.

Các bệnh nhân gan mật, dạ dày, đại tràng, xét nghiệm bilirubin, transaminase máu và nước tiểu, SGOT, SGPT, siêu âm đường mật, chụp đường mật, soi ổ bụng, tìm HBsAg, phản ứng Au, protein máu, albumin, soi dạ dày, chụp dạ dày có thuốc cản quang tìm khối u.

Các bệnh nhân tiết niệu: chụp bụng không chuẩn bị, chụp UIV, UPR, siêu âm, gửi tuyến trên thực hiện soi bàng quang, chụp CT Scanner bụng nếu u thận hay u thượng thận, cấy nước tiểu tìm vi khuẩn.

Các bệnh nhân nội tiết: đái đường làm xét nghiệm đường máu, đường niệu, chức năng gan, thận, tim mạch. Bướu cổ (Basedow) đo chuyển hóa cơ bản, định lượng độ tập trung I^{131} , định lượng FT_3 , T_4 , TSH, điện tim, định lượng cholesterol máu, đường máu.

Các xét nghiệm tìm HIV nếu có dấu hiệu nghi ngờ hoặc ở những vùng có nguy cơ cao.

2.5. Xếp loại sức khỏe của bệnh nhân theo tiêu chuẩn ASA (American Society of Anesthesiologists)

ASA 1: tình trạng sức khỏe tốt

ASA 2: có một bệnh kèm theo nhưng không ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. Ví dụ: cao huyết áp nguyên phát, thiếu máu, béo phì tuổi già, viêm phế quản mạn.

ASA 3: có bệnh kèm theo có ảnh hưởng tới sinh hoạt của bệnh nhân. Cao huyết áp nguyên phát ít đáp ứng điều trị, đái đường kèm biến chứng mạch máu.

ASA 4: có bệnh nặng kèm theo đe dọa đến tính mạng. Phình động mạch chủ, suy tim sung huyết, hen phế quản nặng, bệnh van tim.

ASA 5: tình trạng bệnh quá nặng, hấp hối khó có khả năng sống được 24 giờ dù có được mổ hay không. Chảy máu do vỡ phình mạch chủ bụng không kiểm soát, chấn thương sọ não nặng.

IV. TIỀN MÊ

Vấn đề tiền mê hiện nay không còn được áp dụng một cách thường quy như trước đây. Do có các thuốc gây mê mới tác dụng nhanh, mạnh và ít tác dụng phụ lên hệ thần kinh tự động hơn. Sự lựa chọn tiền mê hay không tùy thuộc tình trạng tinh thần của bệnh nhân, tình trạng sinh lý, phương pháp gây mê và phẫu thuật. Việc giải thích, động viên trấn an của thầy thuốc nhiều lúc còn hiệu quả hơn cả tiền mê.

1. Mục đích tiền mê

* Tiền mê chỉ áp dụng trong các trường hợp cần thiết với các mục đích sau:

- Giúp bệnh nhân yên tĩnh, giảm hoặc mất cảm giác lo lắng, sợ hãi.
- Giúp giảm đau, an thần cho các trường hợp bệnh nhân có đau đớn trước mổ.
- Giúp giảm tiết dịch, nhất là các trường hợp dùng ketamin.
- Đề phòng nguy cơ trào ngược nhất là ở phụ nữ có thai.

2. Các thuốc tiền mê thường dùng

Các thuốc tiền mê thường được sử dụng tùy theo cân nặng, tình trạng chung của bệnh nhân. Đường dùng là tiêm bắp 1 giờ hoặc uống 2 giờ trước gây mê.

- Thuốc giảm đau họ morphin:
 - + Morphin 0,1 - 0,2mg/kg tiêm bắp
 - + Pethidin (Dolosal) 1 - 1,5 mg/kg tiêm bắp.
- Thuốc an thần:
 - + Thuốc họ barbituric (Phenobarbital): 1 - 4mg/kg
 - + Thuốc họ benzodiazepin: diazepam 0,15mg/kg tiêm bắp hoặc uống, midazolam (Hypnovel) 0,1 - 0,2mg/kg uống hoặc tiêm bắp.
- Thuốc kháng cholin:
 - + Atropin 0,02mg/kg tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch khi khởi mê.
- Thuốc đề phòng hội chứng Mendelson. Khi có nguy cơ trào ngược.
 - + Thuốc kháng H₁: cimetidin 200 - 400mg uống /24giờ, ranitidin 150 - 300mg uống /24giờ.
 - + Thuốc kháng acid: natri citrate 30ml uống.

V. CHUẨN BỊ TRƯỚC MỒ

- Làm giấy cam đoan phẫu thuật và gây mê hồi sức.
- Chế độ ăn: tất cả các trường hợp mổ chương trình phải nhịn ăn.

Nguyên tắc 2-4-6: ngừng uống nước trước 2 giờ, ngừng uống sữa trước 4 giờ, ngừng ăn trước 6 giờ.

 - + Phẫu thuật ngoài đường tiêu hóa: đêm hôm trước mổ, đi ngoài cho hết hoặc thụt tháo sạch.
 - + Phẫu thuật ruột non: nhịn đói 6 - 12 giờ trước mổ
 - + Phẫu thuật ruột già: thường chuẩn bị kỹ hơn thường 3 ngày trước.
- Cho truyền dịch đủ đặc biệt với các bệnh nhân dùng thuốc xổ hay nhịn đói.
- Tắm rửa toàn thân, cạo lông, rửa vùng mổ với thuốc sát khuẩn, băng vùng định mổ hoặc mặc quần áo sạch.
- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp, cân nặng, chiều cao.
- Thuốc cần dùng tiếp tục: Insulin, kháng sinh...
- Cho bệnh nhân đi tiểu trước khi mổ

ĐẶC ĐIỂM, YÊU CẦU VÔ CẢM TRONG PHẪU THUẬT BỤNG

1. Đặt vấn đề

Phẫu thuật bụng (ổ bụng) là các phẫu thuật của đường tiêu hóa, gan mật, lách tụy, động tĩnh mạch, hệ tiết niệu. Bao gồm nhiều các hình thái sinh bệnh lý khác nhau có liên quan với gây mê hồi sức. Ngoài ra là các bệnh, hoặc rối loạn chức năng toàn thân kết hợp.

2. Các thay đổi sinh bệnh lý chính

- Thành bụng liên quan trực tiếp đến chức năng hô hấp đau sau mổ: Giảm VC - VT; Giảm di động cơ hoành
 - + Rối loạn chức năng tiêu hóa → dinh dưỡng, nước điện giải.
 - + Thăm lậu vi khuẩn từ đường tiêu hóa
 - + Giảm chức năng gan mật: chuyển hóa và đào thải thuốc
 - + Rối loạn thần kinh (X), nội tiết tụy, lách.
 - + Điều nhiệt (mạch nối), mổ kéo dài
 - + Rối loạn do mạch máu: tưới máu tạng.
 - + Nhiễm khuẩn nặng
 - + Bệnh ác tính
 - + Rối loạn bài tiết hệ tiết niệu: chức năng thận, nước điện giải, ứ đọng nước tiểu.
 - + Rối loạn do mất máu.
 - + Các tương tác thuốc: tìm mạch, C.O.P.P., hen, dị ứng, thần kinh, I.M.A.O
 - + Thay đổi do mổ nội soi ổ bụng.

3. Các yêu cầu GMHS trước mổ: thăm khám, xét nghiệm, đánh giá và sửa chữa các rối loạn sinh bệnh lý

- Hô hấp
 - Dinh dưỡng, chế độ nhịn ăn uống trước mổ theo thời gian: 2g/4g/6g giờ/ nước/sữa/cơm
 - Nước điện giải: mất nước sinh lý: do nhịn, thực thảo, tắc ruột



- Chức năng gan, thận
- Nhiễm khuẩn
- Thiếu máu
- Rối loạn đông máu
- Thuốc đang sử dụng

4. Yêu cầu GMHS trong mổ

- Giảm đau: mềm cơ bụng (vai trò của thuốc opioids, giãn cơ).
- Tránh trào ngược dịch dạ dày, ống thông dung dịch.
- Điều chỉnh nước - điện giải: mất nước (bốc hơi, chảy dịch tiêu hóa, tắc ruột).
- Điều chỉnh máu mất: khó ước lượng máu mất.
- Tránh co thắt các cơ trơn đường tiêu hóa, tiết niệu.
- Chống nhiễm khuẩn: dự phòng kháng sinh, điều trị nhiễm khuẩn đặc hiệu.
- Ức chế rối loạn thần kinh tạng (X): atropin, giảm bài tiết dịch tiêu hóa
- Chống hạ nhiệt độ: đặc biệt mùa rét.
- Tư thế đặc biệt: các chỗ tỳ đè → thiếu máu, tổn thương thần kinh
- Phẫu thuật nội soi ổ bụng:
 - + Áp lực CO₂
 - + Tưới máu

5. Yêu cầu GMHS sau mổ

- Giảm đau: cải thiện chức năng hô hấp: NMC hoặc opioids, NSAID
→ Chống biến chứng hô hấp: xẹp phổi, viêm phổi
- Điều chỉnh nước điện giải: bị lan dịch vào ra

Vào: - Truyền tĩnh mạch - Ăn uống		Ra: - Dẫn lưu - Dịch tiêu hóa: dung dịch, phân - Nước tiểu - Mắt không nhìn thấy
---	---	--

Huyết động + Từng cặp oxy tổ chức
- Dinh dưỡng: sau mổ 6 giờ hay 24 - 72 giờ
- Chống nôn và buồn nôn: liệt ruột

6. Một số bệnh lý ngoại khoa đặc biệt và yêu cầu về GMHS

6.1. Thủng ruột cao: thông thường huyết động ít bị ảnh hưởng mổ sớm sẽ có cải thiện nhanh.

6.2. Thủng ruột thấp viêm phúc mạc: tiên lượng nặng thường có sốc nhiễm khuẩn tỷ lệ tử vong cao nếu viêm phúc mạc do phân. Chống sốc nhiễm khuẩn, bù thể tích tuần hoàn bù nước điện giải, thuốc hỗ trợ tuần hoàn

6.3. Tắc ruột: chủ yếu là thiếu thể tích tuần hoàn (hypovolemic) do mất dịch ra khoang thứ 3. Cần chú ý hồi sức trước rồi mới mổ. Nguy cơ thủng ruột.

6.4. Thiếu máu ruột: là tình trạng khó chẩn đoán thường kèm theo toan chuyển hóa, cần hồi sức tích cực.

6.5. Chảy máu tiêu hóa: thường khó đánh giá chính xác lượng máu mất. Thường gặp sốc giảm thể tích. Cần can thiệp nội soi cầm máu hoặc phẫu thuật sớm.

6.6. Sốc nhiễm trùng đường mật do sỏi và giun. Sốc rất nặng đòi hỏi hồi sức sớm và mổ giải quyết nguyên nhân ngay khi có thể và tiếp tục hồi sức mới có hy vọng cứu sống bệnh nhân.

GÂY MÊ CHO MỔ NỘI SOI Ổ BỤNG, NHỮNG ĐIỀU CẦN CHÚ Ý

1. Các lợi ích của mổ nội soi ổ bụng

- Giảm tổn thương tổ chức thành bụng, ít đau hơn
- Cải thiện chức năng hô hấp, ít liệt ruột
- Vận động đi lại sớm, chóng ra viện
- Đảm bảo thẩm mỹ

2. Các ảnh hưởng của phẫu thuật

- Cần bơm khí trợ (CO_2) vào khoang phúc mạc để tạo trường mổ và có thể dùng dao điện hoặc laser.
- Bơm CO_2 với lưu lượng 2 - 6l/phút ở áp lực 10 - 15mmHg, lượng khí cần duy trì 200 - 400ml/phút.

3. Các rối loạn sinh bệnh lý

* Trên hô hấp

- Áp lực đường thở: tăng
- Dung tích cặn chức năng: giảm
- Compliance phổi: giảm
- V/Q: tăng

* Trên tuần hoàn

- Máu tĩnh mạch trở về giảm
- Sức cản mạch máu chung tăng
- Cung lượng tim có thể giảm
- Nguy cơ loạn nhịp tăng

* Trên tiêu hoá: tăng nguy cơ trào ngược

* Trên thần kinh:

- Áp lực nội sọ có thể tăng
- Áp lực tưới máu não có thể giảm

* Do tư thế:

- Đầu cao khi mổ tầng bụng trên: giảm máu về
- Đầu thấp khi mổ tầng bụng dưới: nhiều nguy cơ hơn về rối loạn chức năng hô hấp

* Do bơm CO₂:

- Ảnh hưởng do áp lực khí → giảm máu trở về tim - giảm di động cơ hoành → giảm thông khí phổi.

- Ảnh hưởng do CO₂ gây ưu thán: bắt buộc phải có máy theo dõi Capnography EtCO₂.

- Nguy cơ tụt huyết áp - loạn nhịp tim

* Tổn thương do chọc trocars: vào tạng, mạch máu

4. Chú ý trước mổ

- Chống chỉ định của nội soi ổ bụng chỉ là tương đối, nguy cơ tăng ở bệnh nhân có bệnh van tim, bệnh tim thiếu máu, thiếu thể tích tuần hoàn, tăng áp lực nội sọ

Nhìn chung không nên nội soi ổ bụng ở các bệnh nhân xếp loại sức khỏe ASA III và IV, bệnh nhân trên 70 tuổi, có suy tim.

Nên làm ở bệnh nhân béo để hồi tỉnh nhanh tránh nguy cơ biến chứng hô hấp

* Chú ý trong mổ:

- Nên gây mê toàn thân, có đặt ống nội khí quản hoặc mát thanh quản Proseal.
- Bù đủ thể tích dịch.
- Đặt ống thông dạ dày để tránh trào ngược và tạo phẫu trường.
- Đặt ống thông bàng quang.
- Theo dõi chặt chẽ EtCO₂, capnography và các chỉ số huyết động.
- Nên cho các thuốc mê, giảm đau, giãn cơ tác dụng ngắn.

* Chú ý sau mổ:

- Xả hết CO₂ cuối cuộc mổ ra ngoài khoang phúc mạc.
- Giảm đau tốt.
- Vận động sớm.

Phần

SẢN PHẨM KHOA

Biên soạn: GS.TS. Đinh Thế Mỹ
GS. Nguyễn Cận

SẢN KHOA

NGÔI CHỖM

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngôi chễm là ngôi đầu cúi, thường gặp nhất trong các ngôi ở thời kỳ chuyển dạ. Với ngôi chễm đa số có thể đẻ thường, song nếu ngôi cúi không tốt, kiểu thế sau hoặc có những sự cố bất thường nào khác ở tử cung hay phần phụ, đều có thể gây đẻ khó.

II. CÁC KIỂU THẾ

Điểm mốc của ngôi là thóp sau. Tùy theo vị trí của thóp sau tương ứng với khung chậu (mào chậu lược và khớp cùng cụt của khung chậu) mà ta có 4 kiểu thế:

- Chễm chậu trái trước 60%
- Chễm chậu phải sau 30%
- Chễm chậu trái sau 6%
- Chễm chậu phải trước ít gặp.

III. CHẨN ĐOÁN

- Nhìn: tử cung hình trứng, trục nằm theo chiều dọc
- Sờ: thấy khối đầu (tròn và rắn ở phía dưới, khối mông mềm ở đáy tử cung, lưng ở một bên, các chi ở phía đối diện).
- Nghe: tim thai ở ngang mức móm vai của thai nhi
- Khám âm đạo: thóp sau hình λ là điểm mốc của ngôi

IV. THEO DÕI

Khi có chuyển dạ chính thức phải theo dõi độ mở, độ lọt của đầu thai nhi và tình trạng của thai nhi.

Theo dõi độ mở cổ tử cung: ngoài việc xem tử cung mở được mấy phân, cần xem ảnh hưởng của cơn co đối với độ mở, xem cổ tử cung mềm, mỏng hay cứng, dày.



Đầu ối dẹt hay phồng, màng ối dày hay mỏng. Khi ối vỡ phải xem màu sắc của nước ối, xem có sa cuống rau hay chỉ của thai không, tim thai có thay đổi gì không.

Theo dõi tiến triển của ngôi thai: ngôi chỏm muốn lọt được nhanh và tốt cần phải có đầu cúi. Muốn xác định vị trí đầu cúi thì xem vị trí của thóp sau đối với cổ tử cung. Nếu thóp sau ở giữa cổ tử cung là cúi tốt, ở lệch về một phía của cổ tử cung là cúi chưa tốt.

Khi lọt, nếu đầu to ngôi sẽ lọt lệch (lọt từng bướu đỉnh một). Do đó, nếu thấy đường giữa bướu lệch về một bên là ngôi lọt lệch, nếu lệch về phía sau là bướu đỉnh trên lọt trước và ngược lại nếu lệch về phía trước là bướu đỉnh dưới lọt trước.

Khi cho hai ngón tay vào mà không sờ tới mặt trước xương cùng (do ngôi cản trở) là ngôi đã lọt (trừ khi có bướu huyết thanh), hoặc đo từ móm vai thai nhi đến bờ trên khớp vệ có độ dài 7cm là ngôi đã lọt.

Theo dõi tình trạng thai: bằng cách nghe tim thai, bình thường nhịp tim thai khoảng 140 nhịp/phút, nếu tim thai nhanh (160-180 lần/phút) hay chậm hơn (dưới 110 lần/phút) ngoài cơn co là có dấu hiệu suy thai.

V. ĐỖ ĐẼ

Khi ngôi đã lọt xuống và sắp sửa sổ, lúc đó người thầy thuốc cần giúp cho thai sổ được dễ dàng.

- Chỉ khi ối đã vỡ, cổ tử cung đã mở hết và ngôi đã lọt mới được cho sản phụ rặn. Cần hướng dẫn cho sản phụ rặn khi có cơn co (rặn hơi dài). Giữa các cơn co phải theo dõi nhịp tim thai.

- Khi hạ cằm đã sổ ra dưới khớp vệ, người thầy thuốc sẽ giữ cho đầu thai nhi ngửa từ từ để cho đầu sổ hết, lúc này bảo sản phụ không nên rặn nữa để tránh rách tầng sinh môn. Nếu thấy vết rạn ở mép sau âm hộ thì nên cắt tầng sinh môn để tránh bị rách, đường cắt TSM tạo với đường thẳng qua mép sau âm hộ 1 góc 30° . Sau khi đầu sổ thì quay 90° để cho đường kính lưỡng vai trùng với đường kính trước sau của eo dưới, rồi kéo xuống dưới để cho vai trước sổ, tiếp theo đó là thân sẽ ra dễ dàng.

- Khi thai đã sổ xong, đặt thai lên bụng người mẹ dùng ống hút, hút đờm dãi ở mũi, họng và cắt rốn giữa hai kẹp. Sau khi lau sạch chất bẩn và nhót, nhỏ mắt cho thai nhi bằng dung dịch clorocid 2%, buộc rốn, sát khuẩn và băng rốn. Đo chiều cao, cân nặng, vòng đầu thai nhi, phát hiện các dị dạng của thai nhi (chú ý dị dạng không có hậu môn).

- Trong mọi trường hợp cần đánh giá tình trạng thai nhi và cho điểm theo chỉ số Apgar.

Bảng 1. Chỉ số Apgar

	0	1	2
Nhịp tim	Không có	< 100, tim chậm	> 100 tim nhanh
Phản xạ gan chân	Không có	Phản xạ ít	Phản xạ mạnh và khốc
Thở	Không	Yếu	Mạnh và khốc to
Trương lực cơ	Nhèo	Gấp yếu chi	Gấp mạnh các chi
Màu da	Tím hay trắng	Hồng, đầu chi tím	Hồng đều

- Đánh giá chỉ số Apgar sau đẻ 1 phút và 5 phút.
- Chỉ số Apgar sau 5 phút nói lên đáp ứng của thai với cuộc sống ngoài tử cung.
- Chỉ số Apgar 0-3 ở phút thứ 5 thai sẽ bị chết.
- Sản phụ được theo dõi mạch, huyết áp, co hồi tử cung và chảy máu âm đạo.
- Sau 30-45 phút rau sẽ bong và sổ, nếu rau không bong thì phải bóc rau và kiểm soát tử cung.
- Với các ngôi kiểu sau (CCTS, CCPS) ngôi phải quay 135⁰, do đó cuộc đẻ thường kéo dài, chưa kể là các ngôi kiểu sau đầu thường cúi không tốt.

Nhiều khi sự quay của ngôi nửa chừng bị ngừng lại, lúc đó bắt buộc phải can thiệp giúp cho đầu quay bằng tỳ hai ngón tay vào sau tai thai nhi, và quay trong cơn co theo chiều quay của thai, nếu không có kết quả thì phải lấy thai bằng fórceps hay giác hút (nếu đủ điều kiện).

NGÔI TRÁN

Ngôi trán là một ngôi trung gian giữa ngôi chỏm và ngôi mặt, đầu không cúi và cũng không ngửa, làm cho đường kính của ngôi lớn (thượng chẩm - cằm = 13,5cm) nên không thể lọt và sổ được nếu thai đủ tháng.

I. NGUYÊN NHÂN

1. Về phía mẹ

Con dạ, đẻ nhiều lần, tử cung lệch trục, khung chậu dẹt.

2. Về phía thai

Đầu dài, rau tiền đạo, dây rau ngắn, đa ối.



II. CHẨN ĐOÁN

1. Trong khi có thai

Không chẩn đoán được vì ngôi chưa xuất hiện.

2. Trong khi chuyển dạ

- Nắn bên ngoài không rõ
- Thăm âm đạo sau khi ối đã vỡ, thấy trán ở giữa tiểu khung, có đường khớp ở giữa, phía trên là thóp trước hình tam, phía dưới là hai hố mắt và gốc mũi.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Mốc của ngôi trán là gốc mũi, dù có bướu huyết thanh nhưng cũng không bao giờ phù nề, dễ nhận. Cần phân biệt với:

- Ngôi chỏm: sờ thấy thóp sau
- Ngôi mặt: sờ thấy cằm.

IV. XỬ TRÍ

Với ngôi trán thì phải là thai rất nhỏ mới dễ thường được nhưng thường gây sang chấn đường sinh dục. Do đó cần chẩn đoán xác định sớm ngôi trán và mổ lấy thai để tránh tai biến vỡ tử cung. Nếu thai chết thì chọc ối và kẹp sọ để lấy ra (nhưng không nên làm khi đã có dọa vỡ tử cung).

NGÔI MẶT

Ngôi mặt là ngôi đầu ngửa hằn để cho mặt trình diện trước eo trên. Mốc của ngôi là cằm, đường kính lọt của ngôi là hạ cằm thóp trước.

I. NGUYÊN NHÂN

1. Về phía mẹ

Khung chậu hẹp, tử cung hai sừng, tử cung nhão do đẻ nhiều lần, có u xơ ở vùng eo tử cung, tử cung lệch về một bên.

2. Về phía thai

Có u ở sọ, vô sọ, cột sống bị gù.



3. Về phía phần phụ

Rau tiền đạo, đa ối, rau quấn cổ.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Trong khi có thai

- Nắn thấy dấu hiệu nhát rìu: có một vùng khuyết sâu giữa khối đầu và lưng thai nhi.
- X quang: cột sống thai nhi uốn ngược.

2. Trong khi chuyển dạ

- Sau khi vỡ ối, sờ thấy mặt, trán, hốc mắt, mũi, miệng và cằm. Tùy theo ngôi ngửa nhiều hay ít mà một phần mặt của thai nhi có thể bị che lấp, sờ không rõ.
- Cần phân biệt với ngôi mông, ngôi trán và thai vô sọ.
- + Với ngôi mặt thì ta cho tay vào miệng thai nhi sẽ có phản xạ mút để phân biệt mồm và hậu môn).
- + Với ngôi trán, không bao giờ sờ được cằm mà lại sờ được thóp trước.
- + Phải làm siêu âm khi nghi ngờ là thai vô sọ, hoặc khi có chỉ định mổ lấy thai.

III. CÁCH ĐỖ ĐẼ

1. Với ngôi mặt cằm sau

Nếu ngôi không xoay thành cằm trước được (tự xoay hoặc ta giúp cho ngôi xoay bằng cách đè tay vào vùng xương chũm thai nhi, khi có cơn co thì xoay cho cằm ra trước) thì phải mổ lấy thai.

2. Với ngôi mặt cằm trước

Khi cổ tử cung mở hết thì bấm ối và cho sản phụ rặn. Trong khi sản phụ rặn, người đỡ đẻ có thể ấn nhẹ vào vùng cằm để giúp cho ngôi ngửa thêm. Khi hạ cằm đã tới dưới khớp vệ thì giúp cho đầu thai nhi cúi từ từ để đầu sổ ra khỏi âm đạo. Sau đó đỡ như các ngôi dọc khác. Nếu sản phụ rặn không chuyển có thể dùng forceps để lấy thai.

NGÔI NGANG (NGÔI VAI)

- Do đẻ nhiều lần, buồng tử cung rộng nên sự bình chỉnh giữa thai và tử cung không tốt.
- Do đa ối, u tiền đạo, rau bám thấp, cuống rau ngắn.
- Do dị dạng ở tử cung, tử cung rộng bề ngang.

I. CHẨN ĐOÁN

- Nhìn: tử cung bè ngang.
- Nắn: tiểu khung và bờ trên khớp vệ rỗng, đầu ở một bên hố chậu hay vùng hạ sườn.
- Khám âm đạo
 - + Khi có thai; tiểu khung rỗng.
 - + Khi chuyển dạ; sờ thấy mỏm vai, nách và các xương sườn của thai nhi.

Trong trường hợp chưa rõ ràng là một ngôi ngang hay ngôi chéo, nên chụp X quang hay làm siêu âm để xác định.

II. XỬ TRÍ

Ngôi ngang không thể đẻ tự nhiên được, cần phải chẩn đoán sớm, theo dõi và xử trí kịp thời mới tránh được tai biến (sa chi, sa dây rau, nhiễm khuẩn ối, thai chết, vỡ tử cung...)

1. Khi có thai

Với người đẻ con rạ: nếu có tiền sử đẻ ngôi dọc. Thai nhi không to, thì có thể làm ngoại xoay thai, sau đó băng cố định và theo dõi tim thai sau khi xoay cần theo dõi thai và tim thai SA (siêu âm) hay làm monitoring sản khoa để theo dõi cơn co tử cung và tim thai (nếu có điều kiện). Nếu xoay thai khó khăn hay không có kết quả thì không nên tiếp tục ngoại xoay thai nữa.

2. Khi chuyển dạ

- Không được bấm ối.
- Với người đẻ con rạ: nếu có đầy đủ các điều kiện (khung chậu rộng, thai nhi trung bình, cơn co thưa, ối còn, cổ tử cung mở hết, tăng sinh môn mềm, thai sống và nhỏ) thì có thể gây mê nhẹ và làm nội xoay thai.



Nếu không có đầy đủ các điều kiện trên hoặc người mẹ có mổ cũ, có khối u tiền đạo... thì không nên làm nội xoay thai, mà nên mổ lấy thai.

- Với người đẻ con so: không nên xoay thai.
- Với ngôi vai buồng trôi: thì có thể áp dụng thủ thuật cắt thai, nhưng nếu cổ tử cung mở nhỏ, cơn co tử cung mau, hoặc có triệu chứng dọa vỡ tử cung thì nên mổ lấy thai.
- Xu hướng hiện nay với ngôi ngang, thai sống và cân nặng từ 3000g trở lên là có chỉ định mổ để giảm tỷ lệ tử vong sơ sinh và tai biến cho sản phụ, trừ trường hợp thai nhỏ ở người con rạ hay sinh đôi mà thai thứ hai là ngôi ngang.

NGÔI NGƯỢC

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngôi ngược là một ngôi dọc nhưng đầu thai nhi lại ở phía đáy tử cung, còn mông thì ở phía dưới và trình diện trước eo trên. Trong ngôi ngược có ngôi ngược hoàn toàn (khi thai ngồi xổm trong tử cung) và ngôi ngược không hoàn toàn kiểu mông (khi hai chân thai nhi vắt lên ngực).

Ngôi ngược là một ngôi có thể dễ thường được, nhưng thai nhi dễ bị đe dọa khi sổ đầu, do đó đòi hỏi người đỡ đẻ phải có kinh nghiệm và bình tĩnh khi xử trí.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Do người mẹ

- Tử cung kém phát triển, tử cung hình trụ.
- Các khối u tiền đạo.
- Khung chậu hẹp, đẻ nhiều lần.

2. Do phần phụ

- Rau bám thấp
- Đa ối, thiếu ối
- Cuống rau ngắn.

3. Do thai

- Não úng thủy.
- Sinh đôi, thai nhỏ.

III. CHẨN ĐOÁN

- Nhìn: thấy tử cung hình trứng.
- Nắn: thấy khối đầu ở phía đáy tử cung, ở phía dưới tử cung có một khối mềm, không tròn đều, to hơn khối đầu.
- Nghe: ở tim thai ở phía trên rốn người mẹ.
- Thăm âm đạo: thấy tiểu khung rỗng nếu ngôi còn cao, sờ thấy chân thai nhi hoặc mông và xương cùng của thai nhi.

Cần chẩn đoán phân biệt với;

- Ngôi mặt: trong ngôi mặt sờ được mồm, mũi và có phản xạ mút của thai nhi khi đưa tay vào mồm của thai nhi.
- Ngôi đầu sa chi: dễ nhầm với ngôi ngược hoàn toàn, nhưng sờ được đầu thai nhi. Nếu cần thiết và có điều kiện thì nên làm siêu âm để chẩn đoán xác định.

IV. TIẾN TRIỂN CỦA CUỘC ĐẸ

- Do khối mông không tròn đều và sự bình chỉnh giữa ngôi và đoạn dưới không tốt nên ngôi không đè sát vào cổ tử cung, do đó cổ tử cung thường mở chậm, đoạn dưới thường dày và không thành lập tốt, ối thường bị vỡ sớm.
- Vì ngôi nhỏ, mông có thể lọt khi cổ tử cung chưa mở hết nên khi đẻ đầu sẽ khó khăn, dễ mắc đầu hậu.
- Vì ngôi lọt trong khi cổ tử cung còn dày, chưa mở hết, nhưng đầu thai nhi có đường kính lớn nhất lại sổ sau cùng nên dễ mắc đầu, làm cho thai nhi bị ngạt.

Đối với những trường hợp không thuận lợi một cách rõ rệt như: ngôi ngược ở sản phụ đẻ con so nhiều tuổi, thai to, khung chậu giới hạn, hiếm con... thì nên mổ lấy thai ngay. Còn những trường hợp nghi ngờ thai to hay đầu ngửa thì nên chụp phim X quang hay làm siêu âm để đo đường kính lưỡng đỉnh, để đánh giá tình trạng của thai trước khi quyết định cho đẻ đường dưới.

V. ĐỠ ĐẸ

Với ngôi ngược, thái độ của người thầy thuốc cần phải bình tĩnh chờ đợi, chỉ nên bấm ối khi tử cung đã mở hết. Trong thời gian ngôi lọt và xuống thì

người thầy thuốc không nên vội vàng kéo thai khi thấy mông và chân đã thập thò ở âm hộ. Nếu cơn co yếu có thể truyền nhỏ giọt tĩnh mạch oxytocin 5 đv pha vào 300ml glucose 5%, người thầy thuốc cần điều chỉnh số giọt trong một phút cho thích hợp (lúc đầu chỉ nên truyền 15 giọt một phút).

Khi mông đã sổ xong, lúc đó người thầy thuốc mới trực tiếp can thiệp giúp cho cuộc đẻ được thuận lợi.

Người thầy thuốc dùng một khăn vuông vô khuẩn phủ lên thân thai nhi, rồi dùng hai bàn tay nắm lấy hai bên mông thai nhi, giữ cho thai nhi luôn luôn ở tư thế gập cong lưng để cho thai nhi sổ được dễ dàng. Khi bụng thai nhi đã sổ ra ngoài thì dùng tay móc cho cuống rau dài ra, sau đó có thể xoay nghiêng thai nhi để cho từng vai sổ một (theo đường kính dọc của eo dưới), nếu thai sổ chậm cần kiểm tra xem tay của thai nhi có giơ lên cao hay không, nếu có phải làm động tác hạ tay; hạ tay sau trước rồi lại quay thai nhi để hạ nốt tay kia. Khi hạ tay thai nhi, người thầy thuốc dùng hai ngón tay (trỏ và giữa) ấn vào vùng khuỷu tay của thai nhi để cho tay thai nhi tụt xuống theo động tác vuốt tay qua mặt (kiểu mèo rửa mặt). Trong quá trình sổ thai, người phụ đứng ở phía trên có thể dùng bàn tay ấn vào đầu thai nhi qua thành bụng để làm cho đầu thai nhi luôn luôn cúi. Khi thân thai nhi đã sổ xong thì quay cho thai nhi luôn luôn cúi. Khi thân thai nhi đã sổ xong thì quay cho thai nhi nằm sấp, nếu thai nhỏ thì kéo cho vùng hạ cằm xuống tới dưới khớp vệ rồi lật cho thai nhi nằm ngửa lên phía trên bụng người mẹ (thủ thuật Bracht). Nếu thai trung bình hay to có thể lấy đầu theo phương pháp Mauriceau: người thầy thuốc dùng tay phải đè vào vùng cằm và ấn để cho đầu thai nhi cúi, dùng hai ngón tay của bàn tay trái cho vào mồm thai nhi ấn vào xương hàm dưới và kéo cho đầu cúi thêm. Sau đó kéo thai nhi xuống bằng tay phải để cho hạ cằm xuống tới dưới khớp vệ, rồi mới lật thai nhi lên trên để cho mặt và đầu thai nhi sổ tiếp.

Đối với người con so, nếu tầng sinh môn dày, âm đạo hẹp, cổ tử cung chưa mở hết nhưng ngôi đã lọt thì nên đỡ theo phương pháp Tsôvianôp thì tốt hơn. Phương pháp này nhằm mục đích làm cho cuộc đẻ chậm lại để giúp cho cổ tử cung, tầng sinh môn có thời gian chuẩn bị giãn nở được tốt. Khi sản phụ rặn và ngôi đã thúc xuống vùng tầng sinh môn thì người thầy thuốc dùng một khăn vuông vô khuẩn bịt lấy vùng âm hộ, giữ không cho ngôi sổ ngay, mà để ngôi thúc vào tầng sinh môn, giúp cho tầng sinh môn giãn nở thêm, đồng thời khi đó thân thai nhi đã xuống thấp cũng có tác dụng nong cho cổ tử cung mở hết.

Trong khi sản phụ rặn cần phải theo dõi tim thai. Sau 20-30 phút thì không giữ nữa mà để cho ngôi sổ tự nhiên và cuộc đẻ sẽ diễn biến như bình thường. Khi thai sổ đến bụng (với con so) và đến vai (với con rạ) thì tiêm vào tĩnh mạch người mẹ 2 đơn vị oxytocin cùng với 1/4mg atropin để giúp cho đầu sổ được dễ dàng.

CHỮA NHIỀU THAI

Chửa nhiều thai là sự phát triển của nhiều thai cùng một lúc trong tử cung: đó là một sự thai nghén dị thường nhưng không phải bệnh lý. Theo Nelin (1895) đẻ sinh đôi có tỷ lệ 1/89, sinh 3 có tỷ lệ 1/892 và sinh tư là 1/893 so với số trường hợp đẻ.

Chửa nhiều thai có thể do nhiều trứng cùng thụ tinh hay một trứng thụ tinh và phân chia ra nhiều thai.

1. Nguyên nhân

- Sắc tộc: phụ nữ da trắng có tỷ lệ nhiều thai cao hơn phụ nữ da màu.
- Di truyền: người mẹ là sinh đôi 1 noãn có tỷ lệ sinh nhiều thai cao hơn.
- Tuổi và số lần đẻ: mẹ trên 40 tuổi và đẻ con rạ thì có tỷ lệ chửa nhiều thai cao.
- Sau dùng thuốc tránh thai mà có thai ngay thì tỷ lệ bị chửa nhiều thai cao hơn.
- Có thai sau dùng thuốc kích thích phóng noãn và thụ tinh trong ống nghiệm.

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

- Dấu hiệu cần chú ý là chiều cao tử cung và vòng bụng quá lớn.
- Trong những tháng đầu, do thai còn nhỏ, tử cung chưa to nhanh nên dấu hiệu lâm sàng chưa rõ, chỉ thấy các hiện tượng như nghén nhiều, thai đập về mọi phía.
- Từ tháng thứ sáu trở đi dễ chẩn đoán hơn vì tử cung to nhanh, kèm theo là các dấu hiệu phù, giãn tĩnh mạch và sản phụ mệt mỏi nhiều, thiếu máu.
- Khi khám sờ thấy có nhiều cực hay nhiều chi hơn, nghe được nhiều ổ tim thai (nhịp tim khác nhau ở các ổ từ 10 nhịp trở lên).
- Có thể xác định được chửa nhiều thai bằng cách chụp X quang (từ tháng thứ 8 trở đi) hoặc dùng siêu âm hai chiều (B.Scan).

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Với thai to: chỉ sờ thấy 2 cực hoặc 1 diện lưng.

– Với đa ối: thành bụng căng, không sờ rõ các phần thai, tim thai xa sẫm, cần siêu âm để xác định

– Có thai + u xơ hay u nang buồng trứng: cần kích thích để xuất hiện cơn co tử cung, nếu khối đó vẫn còn thì đó là khối u xơ hay u nang (cần siêu âm để phân biệt).

3. Tiến triển

Trong khi có thai, có thể có những tiến triển sau:

3.1. Thai chết

Một hay nhiều thai có thể bị chết hay sảy. Thai chết có thể tan hay khô đét lại.

3.2. Đẻ non

- Do tử cung căng quá mức
- Do nhiều nước ối
- Do diện rau rộng gây nên rau tiền đạo.

3.3. Đa ối

(Cần chú ý phát hiện quái thai)

3.4. Nhiễm độc

Có thể gặp 1/5 số chữa nhiều thai.

3.5. Rối loạn cơ năng về phía người mẹ

Rối loạn tuần hoàn, nhịp thở, nhu động ruột, giãn khớp vệ, phù.

3.6. Trong thời kỳ chuyển dạ và khi đẻ

Có thể kéo dài và khó khăn hơn, do tử cung bị giãn quá nhiều, cơ co trở nên ít tác dụng.

- Thời kỳ mở của cổ tử cung bị kéo dài.
- Ối vỡ non.
- Thai mắc vào nhau, sự bình chỉnh của ngôi thai không tốt.
- Sa dây rau
- Chảy máu sau đẻ.

4. Tiên lượng

4.1. Về phía mẹ

Tỷ lệ tử vong thường tăng gấp 3 so với chữa một thai (do sốc vì chảy máu, sản giật, đẻ khó).



4.2. Về phía con

Thường xấu hơn, thai bị chết trước và trong chuyển dạ tăng gấp 5 lần (sa dây rau, rau quấn cổ, thắt nút, bong rau sớm, thai non yếu, nhiễm khuẩn...)

5. Xử trí

Cần phát hiện sớm để tránh biến chứng khi có thai và các sang chấn khi đẻ.

5.1. Trong khi có thai

Vệ sinh ăn uống để tránh nhiễm độc thai nghén, nghỉ việc sớm hơn và nhất là khi có biến cố, nên vào viện từ tuần thứ 36 trở đi.

5.2. Trong khi chuyển dạ

- Phải thận trọng khi sử dụng các thuốc tăng và giảm cơn co.
- Nếu thai thứ nhất chậm sổ nên làm foócxép lấy ra. Sau đó khám lại thai thứ hai, nếu là ngôi dọc, đợi 15-20 phút cho cơn co tử cung trở lại rồi bấm ối, nếu sổ khó khăn thì nên can thiệp thủ thuật sớm, để tránh tai biến suy thai. Nếu sau 20 phút mà không có cơn co tử cung phải truyền vào tĩnh mạch dung dịch glucose 5% pha với oxytocin 5đv QT.
- Nếu là ngôi ngang phải nội xoay ngay và lấy thai ra luôn.

5.3. Sau khi đẻ

- Sau khi các thai đã sổ, nên cho thuốc co hồi tử cung (oxytocin) để đề phòng băng huyết sau khi sổ rau.
- Sau đẻ phải kiểm tra xem có sót rau và thai có bị dị dạng không. Sau đó tiêm ergotin vào bắp để đề phòng dờ tử cung sau đẻ.

5.4. Mổ lấy thai

Những trường hợp sau cần mổ lấy thai.

- Hai thai đều là ngôi chỏm cùng xuống một lúc mắc nhau, làm chuyển dạ bị đình trệ.
- Thai đầu là ngôi ngược, thai 2 là ngôi đầu, mắc 2 đầu vào nhau.
- Thai đầu bị suy vì xa dây rau, không đẩy dây rau lên được.
- Hai thai dính nhau.

THAI GIÀ THÁNG

Thời gian trung bình của thai nhi sống trong tử cung là 40 tuần (tính từ ngày đầu của kỳ kinh nguyệt cuối cùng). Khi tình trạng thai nghén kéo dài quá thời gian đó thì gọi là thai già tháng.

I. NGUYÊN NHÂN

Hiện nay người ta chưa rõ nguyên nhân gây ra thai già tháng, nhưng biết được một số yếu tố thuận lợi:

- Ở những thai vô sọ thường tình trạng thai nghén bị kéo dài. Những thai vô sọ thường không có tuyến yên và tuyến thượng thận, cho nên trong những trường hợp thai già tháng có thể có vai trò của các tuyến này của thai nhi.
- Có những sản phụ nhiều lần bị thai nghén già tháng, điều đó làm cho người ta nghĩ đến khả năng dị dạng ở eo và cổ tử cung.

II. TÁC HẠI

Người ta nhận thấy rằng tỷ lệ tử vong của thai nhi tăng dần so với thời gian có thai. Tỷ lệ tử vong cao gấp 2 lần khi thai trên 43 tuần và gấp 3 lần khi trên 44 tuần.

Tỷ lệ tử vong thai cao như vậy là do khi thai nghén kéo dài, có hiện tượng não suy của bánh rau, với những thương tổn tương tự như trong bệnh thận và tăng huyết áp, do đó sự trao đổi oxy và chất dinh dưỡng giữa mẹ và thai nhi bị giảm. Sự thiếu oxy ngày càng tăng cùng với sự tăng của toan chuyển hóa. Thai nhi có thể chết trước khi chuyển dạ trong thời kỳ chuyển dạ.

III. CHẨN ĐOÁN

Muốn bảo vệ thai nhi tốt, điều căn bản là cần phải chẩn đoán sớm được thai già tháng và dấu hiệu suy thai trong tử cung.

Một thai già tháng thường gầy, nhỏ, lớp mỡ dưới da mỏng, chiều dài tăng bất thường (52-53cm), nghĩa là mất cân đối giữa chiều dài và cân nặng. Da thường khô, nhăn nheo, bong từng mảng, nhất là ở các đầu chi (do thiếu oxy gây nên).

Tóc và móng tay dài. Có điểm cốt hóa rõ ở xương chày và xương mác.

Lượng calci và đường trong máu giảm, trẻ dễ bị viêm phổi, viêm phế quản, nhiều phân su.



Khi thai còn trong tử cung muốn xác định được thai già tháng thường phải dựa vào:

1. Tiền sử

Đã có nhiều lần có thai già tháng, nhất là những trường hợp có tai biến cho thai nhi.

2. Ngày kinh cuối cùng

Ngày giao hợp độc nhất (trong điều kiện vợ chồng ở xa), thời gian xuất hiện cử động của thai trong tử cung.

3. Chụp X quang thai nhi

Để tìm các điểm cốt hóa, tìm điểm cốt hóa Beclard (ở đầu dưới xương đùi) và điểm Todt (đầu trên xương chày) nói lên thai ≥ 38 tuần. Điểm cốt hóa phía trên xương cánh tay nói lên thai 41 tuần.

4. Siêu âm

Để đo chiều dày bánh rau, tìm điểm cốt hóa, đánh giá khối lượng nước ối, nhằm đánh giá thai quá ngày sinh. Lượng nước ối được xác định bằng chỉ số ối, qua siêu âm. Chỉ số ối là trung bình cộng của khoảng cách vùng có túi ối rộng nhất, đo từ mặt trong tử cung đến phần thai tại vùng: trên rốn phải và trái, dưới rốn phải và trái.

- Nếu chỉ số ≤ 7 : ối ít, nguy cơ thai già tháng cao, cần mổ lấy thai ngay.
- $7 \leq$ chỉ số ối ≤ 15 , ối giảm, tiên lượng kém: phải theo dõi thường xuyên.
- Chỉ số ối > 20 là bình thường.

5. Tìm tế bào da cam

Trong nước ối và tính tỷ lệ

6. Tỷ lệ acid pyruvic

Trong máu mẹ (thường cao)

7. Tế bào âm đạo

Có các tế bào đáy nông

IV. PHÂN LOẠI

Clifford dựa vào dấu hiệu lâm sàng chia thai già tháng làm 3 độ:

- Độ 1: thai có biểu hiện

- + Da nhăn nheo và bong.
 - + Lớp mỡ dưới da mỏng đi.
 - + Lông, móng tay dài.
 - + Khi sinh mắt mở to, vẻ lo sợ.
 - + Chưa có biểu hiện suy hô hấp, tuần hoàn và nhịp tim bình thường.
 - + Nước ối có màu xanh.
 - Độ II: thai có biểu hiện
 - + Như độ I thêm nước ối nhuộm màu xanh bầm của phân su.
 - + Có dấu hiệu suy thai: rối loạn hô hấp, nhịp tim thai chậm, xuất hiện
- Dip II.
- Độ III: thai có biểu hiện như độ II song nặng hơn.
 - + Màng ối, cuống rốn, da thai vàng úa, trát đầy phân su.
 - + Suy hô hấp nặng.
 - + Nhịp tim thai chậm. Dip II liên tục.
 - + Cứng khớp.
 - + Co giật và có thể chết sau đẻ.

V. CÁCH THỨC XỬ TRÍ

Tất cả những yếu tố đó chỉ có một giá trị tương đối. Để tránh gây chuyển dạ nhầm đối với một trường hợp thai thiếu tháng, người ta chỉ đặt vấn đề can thiệp để lấy thai ra khi có triệu chứng suy thai trong tử cung. Để theo dõi một trường hợp thai già tháng, người ta thường phải:

- Soi ối nhiều lần: nếu nước ối trong thì thai chưa bị suy, phải theo dõi hai ngày một lần, khi nước ối đổi sang màu xanh thì cần phải can thiệp ngay.
- Giảm các cử động của thai trong tử cung.
- Ngày kinh cuối cùng chỉ để tham khảo, không nên dựa vào để xử trí, vì có thể nhầm lẫn.
- Nếu sản phụ có tiền sử đẻ thai già tháng nên gây chuyển dạ vào thời gian dự kiến là đủ tháng.
- Nếu sản phụ không có tiền sử, cần phải theo dõi nước ối từ 3 đến 4 ngày sau tuần thứ 40: nếu nước ối đổi màu thì phải kết thúc tình trạng thai nghén; hoặc siêu âm hàng ngày từ cuối tuần thứ 41 nếu nước ối giảm nhiều thì phải đình chỉ thai nghén ngay.

- + Chỉ số nước ối ≤ 7 : mổ lấy thai ngay.
- + Chỉ số nước ối > 7 và < 15 : bấm ối gây chuyển dạ, không kết quả thì mổ lấy thai.
- + Chỉ số, ối > 15 và < 20 : theo dõi nước ối thường xuyên, ngày 2-3 lần.
- Vì tình trạng suy thai trong tử cung sẽ nặng lên khi chuyển dạ, nên đối với con so thì nên mổ lấy thai, nhất là đối với trường hợp con so nhiều tuổi, ngôi mông, khung chậu giới hạn.
- Với con rạ có thể gây chuyển dạ, nhưng phải theo dõi bằng máy monitor sản khoa trong thời gian đó, để có thể can thiệp kịp thời nếu có diễn biến xấu.
- Sau khi thai đã sổ, cần hút hết dờm dãi và chất dịch trong đường hô hấp.
- Cho kháng sinh để đề phòng viêm phổi, viêm phế quản cho sơ sinh.
- Theo dõi tuần hoàn và hô hấp của sơ sinh.

THĂM DÒ THAI TRONG THỜI KỲ THAI NGHÉN

I. ĐẠI CƯƠNG

Những thăm dò thai trong thời kỳ thai nghén nhằm mục đích xác định sự suy thai hay kém phát triển trong tử cung do nhiều yếu tố khác nhau gây nên. Tuy nhiên, trong 3 tháng cuối của thời kỳ thai nghén là lúc thai đã có độ trưởng thành nhất định, có thể sống độc lập được ở ngoài tử cung, nên các biện pháp thăm dò thai càng cần thiết được đặt ra.

Nguyên cơ nổi bật của suy thai là do sự giảm sút trao đổi chất chuyển hóa giữa mẹ và con một cách trường diễn, thai bị thiếu oxy ở nhiều mức độ. Cơ chế chính của thiếu oxy là do tuần hoàn giảm, máu đến tử cung và rau ít hơn bình thường, máu trong hồ huyết cũng giảm đi và kết quả là khối lượng oxy cung cấp cho thai không đủ.

Để có thể quyết định điều trị hay lấy thai ra, người ta thường làm các thăm dò thai với hai mục đích:

- Phát hiện triệu chứng và mức độ suy thai.
- Đánh giá sự trưởng thành của thai

Người ta thường chia các phương pháp thăm dò thai ra làm hai loại: cổ điển và hiện đại.



II. PHƯƠNG PHÁP THĂM DÒ THAI CỔ ĐIỂN

1. Lâm sàng

Thăm khám thai như hỏi bệnh, nghe tim thai, đo chiều cao tử cung vòng bụng... cũng có thể cho biết được sự phát triển của thai và tim thai.

2. Xét nghiệm

a. *Chụp X quang*: chụp thai nhi bằng X quang có thể ước lượng được cân nặng và tuổi thai theo chiều dài xương đùi, chiều dài thai theo chiều dài cột sống hông, xem các điểm sinh cốt để xác định thai đã trưởng thành chưa.

b. *Định lượng HCG*: bình thường lượng HCG vào khoảng 1 vạn đến 5 vạn đơn vị, nếu thấy thấp hơn hoặc giảm dần là một triệu chứng xấu, nhất là trong sáu tháng đầu.

III. CÁC PHƯƠNG PHÁP THĂM DÒ HIỆN ĐẠI

Vì các phương pháp thăm dò thai cổ điển trên chưa đủ để phát hiện các tình trạng bệnh lý của thai, nên trong những năm gần đây, do có tiến bộ của nhiều ngành khoa học nên đã được ứng dụng và công tác thăm dò thai có kết quả tốt.

1. Theo dõi tim thai bằng máy

Người ta có thể ghi được điện tâm đồ của thai nhi (tuy khó phân tích, dễ lẫn với điện tâm đồ của người mẹ) nhất là khi chưa vỡ ối, nghe tim thai, ghi nhịp tim đập bằng máy siêu âm (hiệu ứng Doppler).

Chỉ định: mẹ bị cao huyết áp, bệnh thận, NĐTN, thiếu máu, bất đồng nhóm máu.

Chống chỉ định: thai lưu, rau tiền đạo.

2. Soi buồng ối

Qua lỗ tử cung có thể đặt một ống soi có nguồn sáng riêng để nhận xét nước ối:

- Nếu trong hay trắng đục là bình thường.
- Nếu có màu hồng là lẫn máu.
- Nếu có màu vàng là lẫn bilirubin
- Nếu có màu xanh là có lẫn phân su (do suy thai).



3. Chụp buồng ối

Sau khi rút một ít nước ối, bơm chất cản quang vào buồng ối có thể thấy được hình ảnh của thai nhi và qua đó phát hiện được các dị dạng, nhất là của phần mềm và đường tiêu hóa.

4. Theo dõi thai bằng siêu âm

Siêu âm dùng trong sản khoa có lợi là không hại đến thai nhi và sản phụ, người ta thường sử dụng loại real - time (xem hình ảnh tức thời). Dùng siêu âm để đo đường kính lưỡng đỉnh của thai một cách thật chính xác (đến 1-2mm), qua đó có thể tính ra cân nặng của thai nhi. Nếu mỗi tuần đường kính này tăng dưới 1,6mm là thai kém phát triển và không tăng thì thai có thể đã chết. Ngoài ra người ta cũng có thể theo dõi đường kính bụng và chiều dài xương đùi thai nhi. Siêu âm còn dùng để chẩn đoán đa thai, đa ối, thai dị dạng, ngôi bất thường và rau bám thấp, vôi hóa bánh rau, giảm lượng nước ối (trong thai già tháng).

Ngoài ra siêu âm 3 chiều ở tháng thứ 4 của thai nghén, giúp phát hiện các dị dạng hình thể của thai.

5. Theo dõi bằng tế bào âm đạo

Hình ảnh tế bào âm đạo thay đổi qua các thời gian thai nghén phản ánh hoạt động nội tiết của rau.

- Với thai nghén bình thường: đến cuối thời kỳ thai nghén, tế bào ái kiềm ít đi, chỉ số tế bào ái toan và nhân đông tăng lên.
- Với thai nghén bệnh lý: trong các thai nghén kém phát triển, ngừng phát triển hay già tháng sẽ xuất hiện các tế bào hình tròn loại đáy.

6. Monitor sản khoa

Máy Monitor sản khoa có thể ghi cùng một lúc cả cơn co và nhịp đập tim thai trên một băng giấy. Trong thời kỳ chưa chuyển dạ, người ta dùng máy này để làm nghiệm pháp đánh giá mức độ suy thai. Thường áp dụng hai nghiệm pháp sau đây:

a. Nghiệm pháp oxytocin: nghiệm pháp này nhằm mục đích đánh giá khả năng hô hấp của rau thai. Truyền nhỏ giọt tĩnh mạch dung dịch glucose 5% (500ml) pha với 2 đơn vị oxytocin. Lúc đầu 5giọt/phút, sau tăng đến 100 giọt/phút.

Thời gian làm nghiệm pháp từ 30 đến 90 phút, nếu thấy thay đổi bất thường nhịp tim là có triệu chứng suy thai.

b. Nghiệm pháp atropin: khi atropin qua rau thai sang thai sẽ làm thay đổi nhịp tim thai, người ta tiêm vào tĩnh mạch người mẹ từ 1/4 ống đến 1 ống atropin. Khi qua thai, với liều nhỏ nhịp sẽ chậm và liều cao nhịp sẽ nhanh lên:

- Bình thường: nhịp chậm lại sau tiêm được 4-10 phút và sau đó nhanh lên khoảng 10% tần số.

- Bất thường: nhịp chậm kéo dài quá 10 phút và nhịp nhanh không đủ 10% tần số.

- Nếu tim thai không thay đổi: là thuốc không qua rau thai.

Nghiệm pháp này nhằm đánh giá sự suy rau thai và thai già tháng.

7. Định lượng HPL (Placeutal lactogen hormon)

Đây là loại hormon bài tiết từ gai rau. Định lượng nó có thể đánh giá sự phát triển của rau thai.

- Bình thường: lượng HPL tăng dần với tuổi của thai, khi thai đủ tháng nó vào khoảng $7,4 \pm 2,6\text{mg/ml}$.

- Bất thường: lượng HPL giảm đi khi có dọa sẩy, dọa đẻ non, thai kém phát triển

8. Chọc ối

Do có thể xác định chính xác được vị trí bánh rau (bằng siêu âm) và điều kiện vô khuẩn tốt, người ta có thể chọc thăm dò buồng ối để lấy nước ối làm xét nghiệm về các mặt:

- Về thể nhiễm sắc: để xác định giới tính của thai, những dị dạng của thai, nhất là khi lần thai trước có bất thường về nhiễm sắc đồ nhất là khi bộ ba các xét nghiệm dương tính: βhCG , α foeto protein và estriol hoặc mẹ hay bố có nhiễm sắc đồ hình khảm hay người mẹ trên 35 tuổi, nhuộm theo Papanicolaou tìm các tế bào đường tiết niệu: không có các tế bào sừng hóa và tiền sừng. Từ tuần 33-36 số tế bào tiền sừng nhiều hơn số tế bào sừng hóa và sau tuần 37 số tế bào hai loại này bằng nhau.

- Định lượng creatinin trong nước ối: lượng creatinin trong nước ối tăng song song với sự phát triển của thai.

+ Thai đủ tháng: từ 21-26mg/lít.

+ Thai chưa đủ tháng: 16mg/lít

- Định lượng bilirubin trong nước ối: khi thai đủ tháng bilirubin trong nước ối dưới 0,01g; nếu lượng bilirubin tăng dần là bất thường.

- Định lượng alpha - foeto - protein trong nước ối có thể phát hiện các dị dạng về thần kinh.

Thai vô sọ, thoát vị não, màng não và tật nứt đốt sống (spina bifida), nếu các tật này không bị da che phủ. 90% các trường hợp nứt đốt sống có thể phát hiện bằng định lượng alpha - foeto - protein trong nước ối.

- Nuôi cấy tế bào nước ối có thể chẩn đoán giới tính của thai.
- Ngoài ra trong nước ối người ta còn định lượng được nhiều chất khác: tỷ lệ lecithin/sphingomyelin ≥ 2 : phổi thai đã trưởng thành.

Lượng lecithin tăng vào tuần trước 35-36, song có thể tăng sớm hay muộn hơn tùy thuộc vào sự trưởng thành của mô thượng thận, nói lên phổi của thai nhi đã trưởng thành. Độ pH, độ bão hoà, oxy, đậm độ glucose, acid lactic, calci.

Hiện nay so với SA ba chiều, thử 3 tét (β hCG, α FP và estriol. Nếu bộ 3 tét dương tính chọc ối làm NSD là quy trình cần thiết để phát hiện bất thường của thai trong công tác chăm sóc tiền sản.

THĂM DÒ THAI TRONG THỜI KỲ CHUYỂN DẠ

I. ĐẠI CƯƠNG

Trong thời kỳ chuyển dạ, ngoài việc thăm khám về sản khoa thông thường để tiên lượng cuộc đẻ dễ hay khó, trong quá trình này người thầy thuốc cần phải đánh giá được liên tục tình trạng của thai nhi xem còn tốt hay đã bị suy.

Việc đánh giá đúng tình trạng thai nhi trong thời kỳ chuyển dạ là rất cần thiết, mục đích chính của các phương pháp thăm dò thai trong khi chuyển dạ nhằm đánh giá kịp thời và chính xác thai có bị suy hay không.

II. CƠ CHẾ SUY THAI TRONG THỜI KỲ CHUYỂN DẠ

Suy thai trong thời kỳ chuyển dạ là một loại suy cấp tính mà nguyên nhân chính là do rối loạn cơ co tử cung. Khi có cơn co tử cung thì sự trao đổi chuyển hóa giữa mẹ và con giảm đi, vì các mạch máu bị tắc nghẽn lại. Nếu cơn co có cường độ thấp (20-40mmHg) thì các tĩnh mạch bị nghẽn lại, nhưng máu từ các động mạch vẫn tới được các hồ huyết, nếu cường độ cơn co trên 50 mmHg thì máu ở các động mạch đi tới các hồ huyết cũng bị nghẽn lại. Trong khi sổ, do cơn co mau và cường độ cao, nên tuần hoàn của tử cung rau bị giảm nhiều, thai bị thiếu oxy, lượng khí carbonic tích lại nhiều, gây tình trạng nhiễm toan sinh lý. Đồng thời khi thiếu oxy, các phân tử glucose chỉ giải phóng số năng lượng thấp hơn rất nhiều so với khi đủ oxy, do đó thai phải rút hết nguồn dự trữ glycogen, đồng thời các chất chuyển hóa trung gian (acid lactic) cũng tăng lên, làm cho thai bị nhiễm toan chuyển hóa.



Để khắc phục tình trạng đó, tim thai phải đập nhanh lên nên tim thai bị suy, nguồn dự trữ glycogen cạn đi, đồng thời sự tan huyết sẽ nhiễm độc các tổ chức, nhất là với não, tim, phổi... dẫn đến thai bị chết.

III. NHỮNG BIỂU HIỆN CỦA SUY THAI

Tình trạng suy thai biểu hiện ở các triệu chứng:

1. Thay đổi nhịp đập của tim thai

Phản ứng đầu tiên của thai trước sự thiếu oxy là sự co mạch ngoại biên và giãn mạch não, tim gan (đó là do cơ chế tập trung tuần hoàn). Nếu lượng oxy tiếp tục giảm, thai sẽ phản ứng bằng cách tăng nhịp tim (160-180 lần/phút). Nếu hiện tượng suy thai vẫn tiếp tục thì có lúc trong cơn co sẽ xuất hiện nhịp tim chậm, cuối cùng đến giai đoạn khó phục hồi, nhịp tim chậm liên tục rồi ngừng đập.

2. Bài tiết phân su

Khi còn trong bụng mẹ, thai có phản ứng giữ phân su trong ruột. Khi suy thai, do giảm oxy ở tổ chức, thai có động tác thở hoặc cơ vòng hậu môn bị liệt, nhu động ruột tăng nên phân su bị tống ra.

3. Rối loạn thăng bằng kiềm toan

Bình thường độ pH máu thai vào khoảng 7,25 - 7,45. Trong khi chuyển dạ bình thường, khi thai sổ do tác dụng của cơn co tử cung nên pCO_2 hơi tăng một ít, dự trữ kiềm giảm đi ít nhiều, pH hơi giảm trong phạm vi cho phép, gọi là độ nhiễm toan sinh lý, nhưng nếu thai suy thì độ pH máu sẽ giảm xuống dưới 7,20.

IV. CÁC PHƯƠNG PHÁP CỔ ĐIỂN PHÁT HIỆN SUY THAI

1. Theo dõi cơn co tử cung

Người ta có thể sờ tay lên tử cung hay nhận xét tính chất đau của sản phụ để đánh giá cơn co tử cung. Bình thường trong giai đoạn đầu của chuyển dạ, cơn co dài khoảng 15-20 giây, tần số trong 10 phút là 3 lần. Khi cổ tử cung mở hết, cơn co dài khoảng 30-40 giây, tần số là 4-5 lần trong 10 phút.

Nếu cơn co cường tính thì thời gian sẽ dài hơn và khoảng cách giữa hai cơn co sẽ ngắn hơn. Nhưng phương pháp này không thể chính xác vì những yếu tố khác như thành bụng dày, nhiều ối, trương lực cơ tử cung cao...

2. Theo dõi tim thai bằng ống nghe

Với ống nghe tim thai thường, người ta có thể theo dõi được nhịp tim thai. Thông thường nhịp tim thai vào khoảng 140 lần/phút. Nếu nhịp tim thai trên 100 và dưới 120 lần/phút là có nguy cơ suy thai. Nhưng nhược điểm của phương pháp này là không theo dõi được liên tục nhịp tim thai.

3. Thời gian của cuộc chuyển dạ

Thời gian xóa mờ cổ tử cung đối với con so khoảng 7-10 giờ, con rạ khoảng 3-6 giờ. Thời gian sổ thai đối với người con so từ 45-60 phút, con rạ 10-20 phút. Nếu thời gian chuyển dạ quá lâu thì dễ gây suy thai.

4. Theo dõi phân su

Nếu thấy phân su hoà cùng nước ối (ối màu xanh) là có dấu hiệu suy thai (trừ trường hợp ngôi ngược).

V. CÁC PHƯƠNG PHÁP THĂM DÒ THAI HIỆN ĐẠI

Trong những năm gần đây, do có tiến bộ của các ngành khoa học, người ta đã phát minh ra được những phương pháp thăm dò thai có giá trị.

1. Soi ối

Như đã nói trong bài trước (thăm dò thai trong thời kỳ có thai), soi ối là phương pháp theo dõi màu sắc của nước ối. Khi có lẫn phân su nước ối màu xanh, từ xanh nhạt đến xanh đậm tùy theo độ phân su nhiều hay ít trong nước ối. Nhưng bản thân dấu hiệu này không hoàn toàn có giá trị tuyệt đối, mà cần phải theo dõi các dấu hiệu khác, trừ khi trước đó soi ối có màu trắng, nhưng sau soi lại nước ối đã đổi màu. Soi ối còn có tác dụng trong trường hợp nghi ối vỡ non, cổ tử cung chưa xóa mờ.

2. Đo và ghi cơn co

Người ta có thể dùng một quả bóng nhỏ để đưa vào buồng tử cung hoặc dùng một trống nhỏ áp vào thành bụng có dây dẫn tới hệ thống tự ghi trên một băng giấy chuyển động. Bình thường cơn co vào khoảng từ 28-50mmHg. Ngoài ra cần xem tác dụng của cơn co đối với độ xóa mờ của cổ tử cung.

3. Nghe và ghi nhịp tim thai

Ngày nay người ta có thể dùng máy tăng âm và lọc nhiễu để giúp cho việc nghe tiếng tim thai được mạnh và rõ. Ngoài ra người ta còn có thể ghi được nhịp tim thai lên một băng giấy bằng các phương pháp: tâm thanh ký (phonocardiographie), tâm siêu âm ký (ultrasonocardiographie) hay điện tâm ký (électro - cardiographie).

4. Monitor sản khoa

Trong thực tế người ta thấy có sự liên quan chặt chẽ giữa cơn co tử cung và nhịp tim thai, do đó người ta đã sử dụng máy Monitor sản khoa để có thể ghi cùng một lúc cả cơn co tử cung và nhịp tim thai thành hai đường biểu diễn song song. Theo dõi tình hình nhịp tim thai với cơn co tử cung trong cùng thời gian sẽ cho phép đánh giá khá chính xác tình trạng thai nhi.

Sự thay đổi của nhịp tim thai ngắn trong vòng 10 phút mới chịu ảnh hưởng của cơn co tử cung. Sự biến đổi nhanh khi có cơn co thì không đáng ngại, sự biến đổi chậm dưới ảnh hưởng của cơn co mới có giá trị về tiên lượng.

Theo Caldeyro - Barcia, các nhịp chậm nhất gọi là Dip.

- Dip I: khi hai đỉnh của nhịp tim chậm và cơn co tử cung cùng xảy ra một lúc hay chênh lệch 3-18 giây và mất khi hết cơn co.

Thường do đầu thai nhi bị chèn ép khi có cơn co gây nên, nếu cơn co có biên độ cao và kéo dài thì có thể làm giảm lưu lượng tuần hoàn ở vùng đầu và cổ của thai nhi.

- Dip II: khi đỉnh nhịp tim thai chậm 18-60 giây so với đỉnh cơn co tử cung. Xảy ra khi có hiện tượng thiếu oxy ở não.

- Dip biến đổi: khi nhịp chậm của tim thai không hoàn toàn liên quan tới cơn co nữa mà nhịp tim thay đổi từ cơn co này sang cơn co khác, người ta cho đó là sự phối hợp giữa Dip I và Dip II; có thể xảy ra do dây rốn bị chèn ép, nhưng dù sao cũng là báo hiệu tiên lượng xấu.

5. Vi định lượng máu thai nhi

Saling là người đầu tiên áp dụng phương pháp vi định lượng để đo pH máu thai nhi. Với phương pháp chích máu ở da đầu và hút vào ống mao dẫn, rồi định lượng trong 30 phút đầu thì độ pH, độ bão hoà oxy và nồng độ CO_2 không bị thay đổi mấy (phương pháp này tương đối chính xác).

Tuy hiện nay có nhiều phương pháp để xác định sự suy thai trong chuyển dạ, nhưng điều quan trọng vẫn là phải theo dõi chu đáo trên lâm sàng và qua đó sẽ có quyết định làm các thăm dò phối hợp để xác định, không thể chỉ dựa vào một phương pháp nào đó mà phải phối hợp nhiều phương pháp mới có giá trị chẩn đoán chính xác vì mỗi phương pháp có những nhược điểm riêng của nó, sự phối hợp các phương pháp sẽ bổ khuyết được những nhược điểm đó.

Sau đây là một số liệu tham khảo	CTC mở 1-3cm	Sắp sổ thai
pH	7,31	7,28
p CO_2	44,50	51,10
p O_2	20,40	17,30
Bão hoà oxy	42,30	17,30



THAI NGHÉN CÓ NGUY CƠ CAO

I. NGUYÊN NHÂN

Trong thời gian thai nghén, cuộc sống của thai nhi phụ thuộc vào người mẹ, phần phụ của trứng và của bản thân thai nhi, khi các yếu tố đó bị thay đổi bất thường đều có ảnh hưởng đến sự phát triển bình thường của thai nhi. Sự thay đổi đó do nhiều nguyên nhân.

1. Nguyên nhân do người mẹ

Điều kiện sinh hoạt: mức sống về vật chất thấp, lao động quá nặng nhọc, môi trường sinh hoạt bị nhiễm độc, nghiện thuốc lá, rượu v.v...

Quá trình sinh đẻ không bình thường: người mẹ quá trẻ hay nhiều tuổi quá, đẻ con rạ nhiều lần, mổ đẻ cũ, sảy thai cũ, khung chậu hẹp, dị dạng sinh dục.

Có bệnh nội khoa: bệnh tim, gan, thận, phổi, huyết áp cao, thiếu máu và các bệnh nội tiết.

2. Nguyên nhân do phần phụ của trứng

Những bất thường do các phần phụ của trứng có thể đe dọa đến thai nhi như rau bám thấp, rau bong non, viêm các màng rau, đa ối, ít nước ối, sa dây rau...

Thai nghén có nguy cơ cao là những tình huống không thuận lợi cho sự phát triển bình thường của thai nghén và diễn biến bình thường của cuộc đẻ.

Nguy cơ của các tình trạng thai nghén bất thường đó có thể gây nên nguy hại cho thai nhi (suy dinh dưỡng; chết trước, trong hay sau đẻ), cũng như cho người mẹ (tử vong hay di chứng nặng về sau).

Có những yếu tố gây nguy cơ chủ yếu cho mẹ (tắc tĩnh mạch) hoặc chủ yếu cho con (miễn dịch Rh), hay là cả mẹ và con (sản giật, bệnh tim, gan v. v...)

Trong thực tế, do tăng cường khám và quản lý các sản phụ, phòng bệnh và điều trị kịp thời, nguy cơ tử vong mẹ giảm nhiều, điều quan tâm chính là phát hiện các nguyên nhân có thể gây tử vong cho thai nhi. Tuy vậy với những trường hợp có nguy cơ cho cả mẹ và con thì phải quan tâm đến cả quyền lợi của mẹ và thai nhi.

3. Nguyên nhân do thai nhi

Một số yếu tố của bản thân thai nhi có thể có ảnh hưởng xấu đến thai như: thai già tháng, dị dạng, nhiễm khuẩn, chửa nhiều thai, các ngôi và kiểu thế bất thường, bất đồng nhóm máu giữa mẹ và con...

II. PHÂN LOẠI

Việc quy định sắp xếp các tình trạng thai nghén có nguy cơ cao hiện nay chưa được thống nhất, còn phụ thuộc vào sự tính toán và đánh giá cụ thể của các trường phải và của từng nước.

Người ta thường xây dựng "bảng điểm" mẫu để đánh giá nguy cơ nặng nhẹ cho từng loại yếu tố đó, bảng điểm thường chia làm ba mục:

- Điều kiện-kinh tế, xã hội.
- Tiền sử sản khoa, tình trạng thai nghén.
- Các bệnh tật kết hợp với tình trạng thai nghén.

Mỗi mục có một số yếu tố chi tiết được cho điểm từ 0 đến 40 điểm. Người thầy thuốc sẽ dựa vào đó để cho điểm vào các mục nói trên khi thăm khám. Nếu tổng số điểm trên 60, hoặc riêng từng mục trên 30 thì được coi là thai nghén có nguy cơ cao. Tuy diễn biến quá trình thai nghén không phải lúc nào cũng theo đúng như dự đoán, song có hơn 2/3 trường hợp thai đẻ ra chết hay có tổn thương đều gặp ở những trường hợp thai nghén có nguy cơ cao.

III. PHÁT HIỆN VÀ THEO DÕI

Để có thể giảm được tỷ lệ tai biến trong các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao cần phải phát hiện sớm, theo dõi và xử trí kịp thời.

1. Phát hiện

- Phải tổ chức phòng khám đặc biệt để phát hiện và theo dõi các trường hợp nghi có nguy cơ cao.
- Phải đánh giá tình trạng thai nghén ngay từ buổi khám đầu tiên, dựa vào bảng điểm có sẵn để phân loại.
- Phải có một bộ phận chuyên theo dõi và điều trị các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao. Bộ phận đó phải có nhân viên được đào tạo để phục vụ các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao.

Cần phải trang bị những phương tiện cần thiết để phát hiện và chẩn đoán:

- Siêu âm.
- Máy soi ối và ánh sáng lạnh.
- Điện tâm đồ.
- Soi đáy mắt.
- Phương tiện hồi sức tại chỗ cho mẹ và thai nhi.



- Monitoring sản khoa.

Ngoài ra có sự phối hợp giữa bác sĩ sản khoa, nhi khoa và nội khoa hoặc các chuyên khoa khác trong những trường hợp cần thiết, để theo dõi và quyết định xử trí, nhất là khi có nguy cơ cho người mẹ.

2. Theo dõi

- Thời gian đối với những trường hợp thai nghén bình thường thì trung bình về mặt chuyên môn cần khám 7-10 lần, nhưng đối với các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao cần khám 14-15 lần. Tuy không thể quy định cụ thể, song từ tuần thứ 28 trở đi, các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao cần khám 15 ngày 1 lần.

- Các thăm dò cần làm: ngoài các thăm khám lâm sàng thông thường về sản khoa, cần làm các xét nghiệm để đánh giá sự suy thai mạn tính trong tử cung và sự trưởng thành của thai.

- + Phát hiện suy thai: định lượng estriol, nghiệm pháp oxytocin, đo đường kính lưỡng đỉnh của thai nhi bằng siêu âm, xét nghiệm tế bào âm đạo.

- + Đánh giá sự trưởng thành của thai nhi bằng siêu âm

- + Tìm điểm cốt hóa của thai nhi bằng X quang

- + Định lượng creatinin trong nước ối, tìm tế bào da cam.

Đó là những thăm dò được coi là có giá trị cao, dễ thực hiện và thường được áp dụng.

IV. XỬ TRÍ

Tuỳ theo diễn biến lâm sàng mà quyết định cách xử trí.

1. Diễn biến bình thường

Nhiều trường hợp thai đẻ ra khỏe mạnh không cần phải can thiệp, nhưng việc theo dõi trong thời kỳ có thai vẫn phải làm đầy đủ như mọi trường hợp thai nghén có nguy cơ cao khác.

2. Diễn biến bất thường

Đa số các trường hợp là do nguyên nhân người mẹ có bệnh (tim, phổi, thận v.v...), do đó cần chăm sóc và điều trị tốt cho người mẹ (nghỉ ngơi, dùng thuốc, ổn định tinh thần).

Truyền dung dịch glucose ưu trương cho người mẹ để bổ sung tình trạng thiếu dự trữ glucose ở thai nhi do thiếu oxy máu.



3. Có biểu hiện suy thai

Người thầy thuốc phải đánh giá được mức độ suy thai và mức độ trưởng thành của thai bằng các phương pháp thăm dò.

- Nếu thai suy nhưng chưa trưởng thành: tích cực điều trị bằng nội khoa là chủ yếu (theo nguyên nhân), mẹ bỏ thuốc lá, rượu, chế độ ăn nhiều protein ($> 80\text{g/ngày}$) và 2400 calo.

- Nếu thai suy và đã trưởng thành

+ Thai suy vừa, nhưng chưa hoàn toàn đủ tháng: điều trị nội khoa và tiếp tục thăm dò thêm, nếu không thể giữ thai lâu được hơn nữa thì phải lấy ra.

+ Thai suy và trưởng thành: lấy thai ra bằng đẻ chỉ huy hay mổ lấy thai.

NHIỄM ĐỘC THAI NGHÉN SỚM

Nhiễm độc thai nghén sớm thường biểu hiện bằng triệu chứng buồn nôn hay nôn, xuất hiện từ sau tháng thứ nhất, triệu chứng trên sẽ giảm dần và hết hẳn trong ba tháng đầu nếu ở thể nhẹ, nhưng cũng có thể tăng dần lên và đe dọa tính mạng sản phụ nếu như không điều trị kịp thời, nhất là với thể nặng.

I. NÔN NHẸ

Thường xuất hiện vào buổi sáng sớm, khi mới ngủ dậy hoặc vào bữa ăn.

Có thể chỉ buồn nôn hoặc nôn thật sự. Khi ngủ thấy một mùi nào đó (thức ăn, thuốc lá hay chất nào khác) thì sản phụ có thể bị nôn. Sản phụ cảm thấy khó chịu vì triệu chứng tái diễn nhiều lần trong ngày, đôi khi làm cho tim đập nhanh, hồi hộp, bị co thắt và đau vùng thượng vị, có khi gần như bị ngất.

Tuy vậy, thể trạng sản phụ vẫn tốt và chỉ nôn ra một phần thức ăn mà thôi.

Xử trí bằng cách cho ăn nhẹ vào lúc sáng sớm khi ngủ dậy (như ăn lót dạ), cho sản phụ ngậm miếng bánh có nhỏ 10-15 giọt dung dịch adrenalin 1/1000, mỗi ngày cho ngậm ba lần, cho uống belladon, nước khoáng và nằm nghỉ tại chỗ. Hoặc primperan 10mg (tiêm bắp) 2 lần/ngày hay viên nén 10mg x 2-3 lần/ngày, trước khi ăn dùng thuốc an thần (diazepam: 5mg uống 2-3 lần 1 ngày hoặc tiêm 10mg x 2 lần/ngày).



II. NÔN NẶNG

Có thể xảy ra đột ngột hay từ từ sau một thời gian bị nôn nhẹ kéo dài, thường có ảnh hưởng đến tình trạng toàn thân của sản phụ. Người ta chia ra làm ba thời kỳ:

1. Thời kỳ sút cân

Nôn nhiều, ăn vào là nôn ra hết, sút cân, da nhẵn, môi khô, bụng lõm.

2. Thời kỳ mạch nhanh

Kéo dài 4-6 tuần, mạch nhanh 120-140 lần/phút, nước tiểu ít, da hơi vàng, không muốn ăn.

3. Thời kỳ có triệu chứng thần kinh

Mạch nhanh, mê sảng, vật vã, co giật và có thể bị hôn mê.

Xét nghiệm nước tiểu có axeton, đôi khi có sắc tố mật. Xét nghiệm máu thấy lượng clorur giảm, tăng tỷ lệ urê và polypeptid, giảm dự trữ kiềm, giảm số lượng hồng cầu. Xét nghiệm nội tiết thấy lượng gonadotrophin tăng.

Cần phải xử trí sớm ngay khi triệu chứng toàn thân chưa thay đổi. Cách xử trí như sau:

- Nghỉ ngơi tại chỗ
- Dùng thuốc an thần: calci bromur hoặc calci bromur ngày 2-4g. Dùng thuốc làm tăng nhanh sự di chuyển thức ăn trong đường tiêu hóa: primperan 10mg (tiêm bắp) trước mỗi bữa ăn.
- Ăn lỏng: cháo, xúp.
- Khi có rối loạn tiêu hóa thì chống kích thích ruột bằng bismuth nitrat base, ngày uống 2 lần, mỗi lần 5g.
- Dùng thuốc kháng histamin tổng hợp.
- Vitamin nhóm B (nhất là B₆) và C liều cao.
- Chống táo bón: thụt tháo phân.
- Chống mất nước: truyền dung dịch glucose 5% dưới da hay tĩnh mạch.
- Chống nhiễm toan: truyền dung dịch bicarbonat vào tĩnh mạch.
- An thần: diazepam 5mg x 1 đến 2 lần/ngày. Nếu sau điều trị như trên không đỡ thì nên phá thai.

TIỀN SẢN GIẬT VÀ SẢN GIẬT

Sản giật là một biến chứng cấp tính nặng của hội chứng nhiễm độc trong ba tháng cuối của thời kỳ thai nghén, được biểu hiện bằng những dấu hiệu về mạch - thân, những cơn co giật liên tiếp và kèm theo hôn mê.

I. TIỀN SẢN GIẬT

Trước khi lên cơn co giật, bao giờ cũng qua một giai đoạn gọi là tiền sản giật.

1. Lâm sàng

Trong giai đoạn tiền sản giật có ba dấu hiệu cơ bản của hội chứng mạch - thân ở mức độ nặng.

- Protein niệu nhiều: trên 2g/lít
- Phù tăng lên nhanh, nước tiểu ít (dưới 400ml/ngày)
- Huyết áp tăng (so với trước khi có thai)
 - + Tối đa quá 30mmHg.
 - + Tối thiểu quá 15mmHg.

Nếu không biết số đo HA trước khi có thai thì lấy mức HA từ 140mmHg/90mmHg trở lên là cao HA.

Ngoài ra còn có những dấu hiệu cơ năng khác có tính cách đặc hiệu như ù tai, chóng mặt, dấu hiệu ruồi bay, nhìn mờ, thị lực giảm, nhức đầu, mệt mỏi.

2. Xét nghiệm và theo dõi

- Lượng protein hàng ngày trong nước tiểu.
- Tế bào trong nước tiểu.
- Lượng nước tiểu trong 24 giờ.
- Urê máu
- Soi đáy mắt
- Huyết áp và cân nặng hàng ngày.

3. Xử trí

- Cho ăn giảm lượng muối hàng ngày, đủ lượng protein (80g/ngày) và vitamin, số calo (2500calo/ngày).
- Sử dụng các loại thuốc



- + Chống phù não và an thần.
 - Magiê sulfat 15% từ 20-40ml hàng ngày (tiêm tĩnh mạch).
 - Dung dịch glucose tiêm 20ml tĩnh mạch hàng ngày.
- + Lợi niệu (khi nước tiểu 24 giờ dưới 400ml).
 - Hypothiazid 0,05g x 1-2 viên/ngày
 - Hoặc lasix 40mg x 1-2 viên/ngày.
- + Hạ huyết áp
 - Methyldopa (nếu huyết áp tối thiểu trên 110mmHg); viên nén 250mg x 1-3 viên/ngày hay amlodipin 5mg x 1-2 viên.
 - Hoặc catapressan: viên nén 0,1g ngày*1 đến 2 viên.
- + Đề phòng cơn giật:
- + Diazepam: viên nén 5mg x 1-2 viên/ngày
- + Vitamin B₁ và C.
- + Bệnh nhân được ủ ấm, nằm một nơi yên tĩnh.

4. Hội chứng Hellp

Là hội chứng nhiễm độc thai nghén nặng, gồm có các triệu chứng:

- Tan máu (Hemolyse)
- Tăng men gan (Elevated liver enzyme)
- Giảm tiểu cầu (Low Platelets).

Tiêu chuẩn chẩn đoán HC Hellp của đại học TENNESSE (Mỹ) như sau:

- Có vết mỡ ở tiểu bản máu.
- Bilirubin toàn phần trên 1,2mg/dL, lactic dehydrogenase > 600 U/L
- SGOT > 70 U/L
- Tiểu cầu < 100.000/mm²
- Trên lâm sàng bệnh nhân có thiếu máu vàng da và niêm mạc mắt, nước tiểu vàng.
- Khi có dấu hiệu của HC. Hellp cần đình chỉ thai nghén ngay.

II. SẢN GIẬT

1. Lâm sàng

Cơ co giật có thể xuất hiện với 4 giai đoạn điển hình:



- Giai đoạn xâm nhiễm: có rung cơ, xuất hiện đầu tiên ở mặt, gây co giật nhẹ ở mặt rồi lan ra chi trên.
- Giai đoạn co cứng: các cơ toàn thân bị giật cứng gây hiện tượng tím tái và có thể gây ngừng thở tạm thời.
- Giai đoạn co giật: các cơ chuyển sang co giật liên hồi.
- Giai đoạn hôn mê: hôn mê sâu hay nông, dài hay ngắn tùy theo mức độ của bệnh.

2. Xét nghiệm và theo dõi

- Như trong trường hợp tiền sản giật.
- Phải đặt ngáng miệng để tránh cắn phải lưỡi và phải có biện pháp để phòng bệnh nhân ngã trong khi lên cơn co giật.

3. Xử trí

Cần thăm khám sản khoa để xem đã chuyển dạ hay chưa và tiên lượng cuộc đẻ sẽ lâu hay mau, dễ hay khó để có quyết định xử trí.

- Chế độ ăn: trong cơn co giật và hôn mê thì cho nhịn ăn, hết cơn co giật thì cho ăn sữa, cháo đường.
- Với thai nhi: nếu cổ tử cung đã mở 6-7 cm, nên bấm ối cho mở nhanh hơn, sau đó lấy thai bằng forceps, nếu cổ tử cung chưa mở, cơn co giật nhiều và nặng, nên mổ lấy thai sớm.

- Thuốc

a. Chống các cơn co giật:

- Chống phù não: magiêsulphat 15% x 20ml tiêm tĩnh mạch, sau đó có thể tiêm tiếp theo 4 giờ một lần, liều trung bình 3-4g/ngày khi nào mất phản xạ đầu gối và nhịp thở dưới 16 lần 1 phút thì ngừng (khi lượng Magiê trong máu trên 12mEq/lít). Có thể dùng gluconat calci 1g tiêm tĩnh mạch chậm để giải độc, kèm theo thở oxy khi nghĩ bị quá liều.

- Chống giật: tiêm nhỏ giọt tĩnh mạch chậm 20mg đến 30mg seduxen pha với 500ml dung dịch glucose 5%, sau khi tiêm trực tiếp vào tĩnh mạch 10mg seduxen.

b. Thuốc lợi tiểu: lasix 40mg x 1 đến 3 ống (tiêm tĩnh mạch).

c. Hạ huyết áp.

- Neprensol (dihydralazine) 25 mg (tiêm tĩnh mạch), 15 phút 1 lần cho đến khi huyết áp tối đa hạ đến 140 hay 150 mmHg, và tối thiểu đến mức 100 hay 90 mmHg.

Nếu không có neprensol có thể dùng các thuốc hạ huyết áp khác như adalat, catapressan.



ĐA ỒI

I. ĐỊNH NGHĨA

Đa ối là hiện tượng thừa khối lượng nước ối. Trung bình lượng nước ối vào khoảng 500-1000ml. Dưới 500 (ml) là ít và trên 1000ml là nhiều nước ối. Khi lượng nước ối từ 2000ml trở lên mới gọi là đa ối. Phần lớn các trường hợp đa ối là biểu hiện bệnh lý của trứng, nhưng cũng có trường hợp đa ối mà sơ sinh đẻ ra vẫn bình thường.

II. CƠ CHẾ

Nước ối được sản sinh và tiêu thụ một cách liên tục, về cơ chế gây đa ối có thể do:

- Sản sinh quá mức: tăng sự chế tiết do viêm nội mạc.
- Sự hấp thụ không đủ mức: do tuần hoàn rau bị cản trở hoặc thai không nuốt được nước ối.
- Mất sự điều chỉnh: do bánh rau không điều khiển được quá trình này.

III. NGUYÊN NHÂN

1. Nguyên nhân do thai và trứng

- Thai đơn noãn: là loại hay gặp nhất.
- Thai dị dạng: vô sọ, não úng thủy, hoặc có khối u ở bụng, phù thũng, hoặc có những dị dạng khác khó phát hiện hơn như nứt đốt sống (spina bifida), hẹp ruột, hẹp thực quản.

2. Nguyên nhân do người mẹ

- Bị bệnh đái tháo đường hay tiền tháo đường.
- Xung khắc giữa máu mẹ và thai.
- Nhiễm khuẩn: giang mai, listeria, toxoplasmosis

3. Nguyên nhân không rõ

- Do viêm màng ối

IV. LÂM SÀNG

1. Đa ối cấp

Thường xuất hiện vào 3 tháng giữa của thời kỳ thai nghén; có đến 1/2 các trường hợp là do chữa nhiều thai. Có các triệu chứng sau đây:

- Bụng dưới căng và đau thường xuyên.
- Khó thở khi nằm, môi tím, mất ngủ.
- Tử cung cao rất nhanh, trong vài ngày có thể tăng gấp đôi.
- Thành bụng căng, da bụng căng bóng.
- Khám qua âm đạo thấy đoạn dưới thành lập, cổ tử cung hé mở, đầu ối căng, khó sờ thấy ngôi thai.

2. Đa ối mạn

Thường xuất hiện vào ba tháng cuối, triệu chứng không rầm rộ như đa ối cấp.

- Triệu chứng cơ năng: chỉ thấy hơi khó chịu vì tử cung to.
- Triệu chứng thực thể: chiều cao tử cung to hơn tuổi thai, thành bụng căng, thai có vẻ nhỏ và rất ít di động, tim thai khó nghe.

V. TIẾN TRIỂN

1. Với đa ối cấp tính

Có thể diễn biến theo hai cách

- Do đau nhiều và khó thở vì lượng nước ối tăng nhanh nên phải chọc ối để giảm áp lực giúp cho thai phụ được dễ chịu, do đó sẽ gây chuyển dạ.
- Sau cơn kịch phát, thể tích tử cung sẽ tăng nhanh hơn bình thường gây nên vỡ ối đột ngột, và dẫn đến đẻ non trong những ngày tiếp theo.

2. Với đa ối mạn tính

Thai nhi vẫn có thể phát triển tiếp tục nhưng thường là gây chuyển dạ sớm.

VI. TIỀN LƯỢNG

- Thường gây ra sẩy thai hoặc đẻ non, nhất là với đa ối cấp tính.
- Với đa ối mạn tính thì sự chuyển dạ thường bị kéo dài do tử cung bị căng giãn quá mức, cơ co yếu. Khi vỡ ối dễ gây sa dây rốn, sa chi, ngôi bất thường.
- Sau đẻ bị sốt rau, băng huyết do dờ tử cung.



- Tỷ lệ tử vong thai nhi cao (thường do dị dạng, thiếu thốn).
- Cho thai phụ nằm nghỉ
- Dùng kháng sinh và lợi tiểu.

VII. XỬ TRÍ

1. Với đa ối cấp tính

Khi chiều cao tử cung phát triển nhanh, ảnh hưởng đến tình trạng toàn thân thì nên chọc ối để cho sản phụ được dễ chịu và gây chuyển dạ sớm.

- Cho thai phụ nằm nghỉ
- Dùng kháng sinh, lợi tiểu
- Theo dõi tại BV đến chuyển dạ

2. Với đa ối mạn tính

Khi chuyển dạ kéo dài, cơn co thưa, nên tía ối cho nước ối ra từ từ để giảm bớt áp lực buồng tử cung, để cơ tử cung không bị căng giãn quá mức, giúp cho cơn co tử cung có tác dụng thúc đẩy cuộc đẻ tiến triển được nhanh hơn.

Khi ối vỡ đột ngột, nên kiểm tra xem có bị sa chi, sa dây rau (thì đẩy lên ngay), ngôi cúi hay ngửa không tốt (thì giúp cho ngôi cúi hay ngửa được tốt hơn).

Sau khi thai sổ nên cho oxytocin 10 đơn vị QT tiêm bắp, sau sổ rau cho ergotamin 0,2mg x 1-2 ống để phòng chảy máu do dờ tử cung.

CHỮA NGOÀI TỬ CUNG

I. NGUYÊN NHÂN

Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng làm tổ và phát triển ở bên ngoài buồng tử cung. Nếu sự di chuyển của trứng thụ tinh bị chậm (6 ngày), nó có thể làm tổ ở bất cứ nơi nào trên đường di chuyển.

Nguyên nhân thường do

- Nhiễm khuẩn vòi trứng, nhất là lao gây hẹp vòi trứng
- Lạc nội mạc tử cung ở vòi trứng
- Dị dạng vòi trứng: hẹp, gấp, cong, có vách, nhu động vòi trứng bất thường.

- Sự phát triển bất thường của trứng: trứng di chuyển qua vòi đối diện.
- Kích thích rụng trứng bằng HMG + HCG có thể gây cả thụ thai trong tử cung và vòi trứng.
- Viên thuốc tránh thai sau giao hợp gây co thắt cơ vòng vùng eo vòi trứng, có nguy cơ bị chứa ngoài tử cung.
- Thụ thai trong ống nghiệm, khi đưa vào tử cung, lúc đó vùng eo vòi trứng (góc tử cung) còn thông, có thể gây chứa ngoài tử cung.
- Các chất progestin liều nhỏ, dùng kéo dài gây ức chế co bóp các cơ vòi trứng cũng có nguy cơ gây chứa ngoài tử cung.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chứa ở vòi trứng chưa vỡ

- Có thể sản phụ đã bị mất kinh, có dấu hiệu nghén, sau đó thấy đau bụng âm ỉ và ra máu đen ở âm đạo.
- Có thể sản phụ không biết là có thai vì bị rong kinh, rong huyết và đau vùng chậu hông.
- Thăm khám: qua âm đạo thấy cổ tử cung đóng, thân tử cung to và mềm, cạnh tử cung có một khối nhỏ bờ không rõ, khi ấn vào khối đó sản phụ kêu đau.
- Định lượng HCG: có thể âm tính hay dương tính với nồng độ thấp (trên dưới 1000 đơn vị ếch)
- Nạo buồng tử cung: không thấy rau, chỉ thấy ngoại sản mạc.
- Soi ổ bụng: có thể thấy một vùng của vòi trứng căng to và tím sẫm, tĩnh mạch ở buồng trứng và dây chằng rộng giãn to.
- Siêu âm: không thấy túi ối trong buồng tử cung hoặc thấy túi ối ở một bên phần phụ, nhất là khi dùng đầu dò đặt vào cùng độ âm đạo.

2. Huyết tụ thành nang

- Lúc đầu có thể bị rong huyết, đôi khi ra cả màng, sau đó đột nhiên có cơn đau mạnh ở vùng bụng dưới, kèm theo nôn rồi dịu dần.
- Nắn vùng hạ vị sản phụ kêu đau, khám qua âm đạo thấy có một khối căng to ở túi cùng sau, có bờ rõ rệt ở phía dưới, cổ tử cung bị đẩy ra trước, tử cung bình thường hay hơi to và bị đẩy lên cao, ấn vào khối đó sản phụ kêu đau.
- Siêu âm: thấy một vùng âm vang không đều ở trước sau hay bên tử cung, ranh giới không rõ.

– Soi ổ bụng: có khi chỉ thấy máu đen loãng và máu cục. Chọc dò túi cùng sau thấy máu đen và có những cục máu nhỏ (khi ta bơm lên một miếng gạc sạch để quan sát).

3. Trần máu ở phúc mạc

– Đau bụng dữ dội, đau như dao đâm ở vùng hạ vị. Sản phụ bị sốc, khó thở, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp hạ, người lạnh, vật vã.

– Bụng hơi chướng, nắn đau và có phản ứng.

– Gõ đục ở hai mạng sườn.

– Khám qua âm đạo: cổ tử cung mềm, hé mở, không nắn thấy được đáy tử cung, nhưng có cảm giác tử cung di động dễ dàng như bơi trong nước, khi di động tử cung sản phụ kêu đau. Ấn vào túi cùng sau, sản phụ rất đau (tiếng kêu Douglas).

– Siêu âm: có nhiều dịch tự do trong ổ bụng.

– Kết hợp với các dấu hiệu chậm kinh, ra huyết âm đạo để xác định chẩn đoán.

III. XỬ TRÍ

Xử trí chủ yếu bằng phẫu thuật

1. Thể chưa vỡ

– Sau khi xác định được qua soi ổ bụng, hay trên siêu âm nên mổ sớm để cắt bỏ vòi trứng bên có thai hoặc mổ vòi trứng lấy khối thai rồi cầm máu, và khâu phục hồi vòi trứng qua mổ nội soi hay mổ thành bụng.

– Hiện nay với những trường hợp chưa có con, người ta có thể điều trị bảo tồn bằng tiêm methotrexat từ 20-40mg (vào túi ối), 2 lần cách nhau 48 giờ hay 50mg (tiêm bắp) 1-2 lần cách nhau 1 tuần 1 lần và theo dõi thấy lượng hCG giảm dần để ức chế tế bào nuôi cho bào thai và rau teo đi.

2. Thể huyết tụ thành nang

Mổ lấy khối máu tụ, cắt bỏ vòi trứng bên vỡ (nếu có thể được). Vì ruột luôn bao quanh khối máu, cho nên khi bóc tách cần cẩn thận để tránh chạm vào ruột (gây thủng ruột). Nếu khó chỉ lấy máu cục và cầm máu là đủ.

3. Thể tràn máu ở phúc mạc

Tiến hành phẫu thuật song song với biện pháp hồi sức và chống sốc, chủ yếu là bồi phụ máu. Sau khi hút bớt máu trong ổ bụng, tìm ngay vòi trứng vỡ để cắt bỏ và khâu cầm máu. Rồi kiểm tra lại hai buồng trứng và vòi trứng bên đối diện.



4. Chửa ở buồng cổ tử cung

- Phát hiện sớm: điều trị bằng Methotrexat.
- Nếu đang sảy: nạo sạch, chèn gạc, nếu không cầm được máu phải cắt tử cung hoàn toàn.

5. Chẩn đoán dựa vào sờ thấy phần thai dưới da, ngôi không cố định: đo buồng TC nhỏ. Siêu âm thấy thai nằm trong ổ bụng.

- Cần theo dõi, nếu thai sống đến đủ tháng thì mổ lấy thai, nếu đau bụng có dấu hiệu chảy máu trong thì phải mổ ngay. Sau khi lấy thai:
- Truyền máu bồi phụ nếu có chảy máu do bong rau và chèn gạc lớn để cầm máu sau khi lấy phần rau bị bong.
- Nếu không có chảy máu, cắt rốn sát bánh rau, buộc chặt cuống rốn, lau sạch và đóng bụng.
- Phải theo dõi chảy máu thứ phát sau mổ và truyền đủ lượng máu mất. Rút gạc sau 48-72 giờ.
- Chống nhiễm trùng ổ phúc mạc bằng kháng sinh phối hợp liều cao.
- Chú ý: nếu không bong rau khi mổ, không được bóc rau.

THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Thai chết trong tử cung là những trường hợp thai chết trước chuyển dạ, nó là hậu quả của thai suy trong tử cung.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Sản phụ không thấy thai cử động nữa.
- Chiều cao tử cung nhỏ hơn tuổi thai.
- Nắn vú có thể thấy ra sữa non.
- Nắn tử cung thấy mềm, thúc tính giảm, tử cung như bè ngang ra, các cực thai không rõ.



- Thăm qua âm đạo thấy ngôi không bình chỉnh tốt, không có dấu hiệu di động của thai trong buồng ối, nếu ngôi đã ở đoạn dưới đôi khi sờ vào xương sọ có cảm giác lạo xạo.
- Nghe tim thai không có: triệu chứng này rất có giá trị nếu sử dụng máy siêu âm với hiệu ứng Doppler.

2. Các xét nghiệm

- Định lượng estrogen và pregnandiol thấy chỉ số hạ thấp.
- Chụp X quang thấy dấu hiệu xương sọ chồng lên nhau (spalding) quang sáng quanh đầu (dưới da đầu) và cột sống bị gãy góc. Bơm vào buồng ối chất cản quang tan trong nước, 24 giờ sau chụp X quang sẽ không thấy hình ống tiêu hóa của thai, vì thai nhi mất phản xạ nuốt.
- Làm điện tâm đồ thai nhi (có 10-15% âm tính giả)
- Soi ối: nước ối có màu hơi đỏ hay màu đen.
- Siêu âm: thấy mất hình ảnh tim thai đập.

III. TIẾN TRIỂN

Thai thường bị sảy (sau khi thai chết), song có những trường hợp thai chết lưu lại một thời gian trong tử cung. Do đó, có thể có những biến chứng:

- Nhiễm khuẩn: nếu màng ối còn nguyên thì không đáng ngại, nhưng nếu ối đã vỡ thì sự nhiễm khuẩn sẽ nặng lên.
- Khi chuyển dạ màng ối không còn chun giãn được nữa nên có hình ảnh quả lê, khó nong được cổ tử cung.
- Băng huyết sau đẻ vì giảm lượng sinh sợi huyết (do có hiện tượng đông máu rải rác trong thành mạch).
- Tắc mạch hơi: gây tử vong đột ngột (do hơi từ hệ tuần hoàn con sang hệ tuần hoàn mẹ).

IV. XỬ TRÍ

- Tốt nhất là chờ đợi sự chuyển dạ tự nhiên, trong khi đó phải theo dõi lượng sinh sợi huyết một cách thường xuyên, nếu dưới 2,5g cần chuẩn bị máu tươi khi lấy thai ra.
- Nếu thai chết lưu lâu trong buồng tử cung có thể gây tâm lý sợ hãi cho sản phụ, sau đó có thể gây chuyển dạ sớm bằng phương pháp gây chuyển dạ sau:
 - + Truyền dung dịch oxytocin 5 đv QT x 2 ống pha với 500ml glucose 5%, vào tĩnh mạch chậm cho đến khi sau sổ rau.

+ Đặt cytotec (prostaglandine E1) vào âm đạo, liều 100 μ g, 3-4 giờ 1 lần cho đến khi thai và rau sảy.

- Phải nạo kiểm tra để tránh sót rau sau sảy.
- Nếu chảy máu do rối loạn đông máu, tiêu sợi huyết cầu: truyền máu tươi, tiêm EAC 8g (t/m), truyền 500-1000g transamin pha với glucose 5%, vào tĩnh mạch.
- Nếu điều trị rồi không kết quả, phải cắt tử cung.

CHỮA TRỨNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhờ những tiến bộ về gen học người ta có thể xác định kiểu nhân của trứng thụ tinh có nguồn gốc từ tinh trùng hay từ noãn.

Khi nghiên cứu kiểu nhân (karyotype) của mô trứng, người ta thấy số nhiễm sắc thể của chữa trứng hoàn toàn thường là lưỡng bội, song các nhiễm sắc thể đó hoàn toàn có nguồn gốc của tinh trùng, người ta cho rằng đó là một tinh trùng đã thụ tinh với một noãn, mà vì lý do gì đó đã bị mất số nhiễm sắc đơn bội của mình trước hay trong lúc thụ tinh. Sau đó nhiễm sắc thể có nguồn gốc tinh trùng được nhân đôi (hoặc thụ tinh với hai tinh trùng).

Ngược lại, với chữa trứng bán phần, kiểu nhân thường là tam bội, trong đó 2 phần 3 số nhiễm sắc thể có nguồn gốc tinh trùng. Đó là do 2 tinh trùng đã thụ tinh cho 1 noãn bình thường, tạo nên 1 tam bội mà 2 phần 3 số nhiễm sắc thể có nguồn gốc của tinh trùng (diaudry); khác với những trường hợp tam bội mà 2/3 số nhiễm sắc thể có nguồn gốc của noãn (digyny) sẽ không tạo nên chữa trứng bán phần, mà thai vẫn có thể phát triển và tồn tại tuy có một số dị dạng.

Đi đôi với cơ chế sinh bệnh khác nhau, người ta cũng thấy với các chữa trứng hoàn toàn nguy cơ và tỷ lệ bị biến chứng thành ung thư nguyên bào nuôi cao hơn.

II. TRIỆU CHỨNG

1. Cơ năng

- Nghén nhiều hơn các lần có thai trước, kém ăn.
- Ra máu tự nhiên không kèm đau bụng, ra từng đợt và ngày càng tăng.



2. Thực thể

- Tử cung to hơn tuổi thai, mềm, tim thai (-); CT hoàn toàn
- Tử cung tương đương tuổi thai, tim thai (-): CT bán phần.

3. Toàn thân

- Da xanh, thiếu máu.
- Nếu máu ra nhiều và kéo dài có thể gây thiếu máu nặng.

4. Xét nghiệm

- Định lượng hCG: trên 2 vạn đơn vị ếch hay trên 6 vạn đơn vị thỏ và trên 500.000 đơn vị Q.T/lít nước tiểu.
- Siêu âm: thấy rõ các hình ảnh phản hồi âm của các nang trứng như hình bông tuyết rơi (snow - like) không có hình thai nhi, không thấy buồng ối.
- Chụp buồng ối: không thấy hình buồng ối mà chỉ thấy các nang trứng (hình tổ ong, ruột bánh mì).

III. XỬ TRÍ

- Hồi sức, truyền dịch và truyền máu nếu thiếu máu nhiều.
- Nong và hút bằng máy hút điện.
- Nạo bằng thìa cùn; sau đó dùng kháng sinh và thuốc co hồi tử cung, nếu là CT hoàn toàn.
- Nong và gắp mô rau, sau đó nạo bằng thìa cùn: nếu là CT bán phần.
- Siêu âm sau nạo 1 ngày, nếu còn sót trứng hay còn rau thì phải nạo lại lần 2.

Sau khi nạo trứng, nguyên bào nuôi còn lại trong cơ thể mẹ thoái triển dần trong vòng 4- 6 tuần làm cho lượng hCG giảm dần cho đến hết.

Nếu lượng hCG không giảm tức là nguyên bào không thoái triển như bình thường. Lúc đó người ta gọi là bệnh nguyên bào nuôi tồn tại (Persis feut tropho blastic disease).

Tình trạng đó có thể đơn thuần là nguyên bào nuôi thoái triển chậm, song cũng có thể là bị biến chứng (như chữa trứng xâm lấn, u nguyên bào nuôi vùng rau bám hoặc ung thư nguyên bào nuôi).

Theo Goldstein và Berkowitz (1994), nếu lượng β hCG sau 2 tuần liên không giảm dưới 20% hoặc sau 4 tuần còn trên 20.000 IU/L thì coi như bị bệnh nguyên bào nuôi tồn tại và lúc đó có chỉ định điều trị hoá chất chống ung thư. Điều trị sớm như vậy khi chưa xác định rõ hình thái bệnh lý (chữa trứng xâm lấn, u nguyên bào nuôi vùng rau bám hay ung thư nguyên bào nuôi thì

bệnh sẽ mau khỏi, lượng thuốc chống ung thư sẽ thấp, tỷ lệ di căn cũng thấp (nếu có).

IV. THEO DÕI

Nội dung theo dõi:

- Theo dõi sự co hồi tử cung, các nang hoàng tuyến, sự xuất hiện các di căn ở âm đạo, ra huyết.

- Định lượng HCG: giảm dần cho đến khi < 5 đơn vị QT/lít.

- X quang phổi: tìm các di căn (nếu có).

Trong 6 tháng đầu mỗi tháng khám theo dõi 1 lần, trong 6 tháng của năm thứ I, hai tháng khám 1 lần.

Trong năm thứ II, ba tháng khám 1 lần.

V. DỰ PHÒNG

Để dự phòng biến chứng ác tính có thể cắt tử cung hoàn toàn cho người bảo tồn tử cung những bệnh nhân trên 36 tuổi và tránh có thai sớm trong 1 năm đầu sau nạo. Tránh thai bằng bao cao su hay thuốc uống tránh thai, không đặt dụng cụ tử cung.

VI. BỆNH NGUYÊN BÀO NUÔI TỒN TẠI

Sau khi nạo trứng, nguyên bào nuôi còn lại trong cơ thể mẹ thoái triển dần trong vòng 4-6 tuần làm cho lượng hCG giảm dần cho đến hết.

Nếu lượng hCG không giảm tức là nguyên bào không thoái triển như bình thường. Lúc đó người ta gọi là bệnh nguyên bào nuôi tồn tại (persistent trophoblastic disease).

Tình trạng đó có thể đơn thuần là nguyên bào nuôi thoái triển chậm, song cũng có thể là bị biến chứng (như chứa trứng xâm lấn, u nguyên bào nuôi vùng rau bám hoặc ung thư nguyên bào nuôi)

Theo Goldstein và Berkowitz (1994), nếu lượng β hCG sau 2 tuần liên không giảm dưới 20% hoặc sau 4 tuần còn trên 20.000IU/L thì coi như bị bệnh nguyên bào nuôi tồn tại và lúc đó có chỉ định điều trị hóa chất chống ung thư. Điều trị sớm như vậy khi chưa xác định rõ hình thái bệnh lý (chứa trứng xâm lấn, u nguyên bào nuôi vùng rau bám hay ung thư nguyên bào nuôi) thì bệnh sẽ mau khỏi, lượng thuốc chống ung thư sẽ thấp, tỷ lệ di căn cũng thấp (nếu có).

ĐẼ NON

Đẻ non là những thai nhi được sinh ra trước 40 tuần trong giới hạn có thể nuôi được (26 tuần đến 38 tuần). Ở các nước tiên tiến người ta quy định đẻ non cho đến 20 tuần vì người ta có thể nuôi được thai 20 tuần tuổi.

I. NGUYÊN NHÂN

Chẩn đoán đúng nguyên nhân là quan trọng vì có thể tránh được đẻ non, nhưng cái chính là đề phòng cho lần có thai sau này (để bị đẻ non tái diễn).

1. Về phía mẹ

- Những sản phụ dưới 20 tuổi hay trên 35 tuổi thì tỷ lệ đẻ non tăng hơn các lứa tuổi khác.
- Những sản phụ mà tim có kích thước nhỏ cũng dễ bị đẻ non (vì lưu lượng máu cung cấp cho thai nhi bị giảm).
- Những sản phụ bị nhiễm khuẩn cấp tính do vi khuẩn, virus (cúm, viêm gan, sởi, rubeon), bệnh giang mai và sốt rét.
- Những sản phụ có bệnh mạn tính như lao phổi, bệnh tim, đái tháo đường, các bệnh mạch máu và thận.
- Những sản phụ bị ngộ độc, nghiện thuốc lá, rượu.
- Sản phụ bị nhiễm độc thai nghén hoặc xung khắc giữa máu mẹ và con.
- Tử cung xơ hóa, tử cung dị dạng, hở eo tử cung.

1.2. Về phía trứng

- Thai dị dạng, song thai
- Đa ối
- Rau tiền đạo.
- Ngôi bất thường, khối u tiền đạo
- Viêm cơ tử cung, viêm nội mạc tử cung.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Có tiền sử đẻ non
- Tử cung hình dáng bất thường: nhỏ, dài, hai sừng.

- Khi sờ nắn, tử cung dễ bị kích thích và có cơn co.
- Cổ tử cung ngắn hơn, mềm hơn, xóa và hé rộng.
- Ra nhớt hồng ở âm đạo, hoặc ối vỡ non.
- Cơn co tử cung đều, mau: tối thiểu 1 cơn/10 phút.

2. Cận lâm sàng

- Ghi cơn co tử cung bằng máy để xem tần suất cơn co (vì chỉ 15% trường hợp cảm nhận được cơn co tử cung bằng tay).

- Siêu âm qua đường âm đạo để đo độ dài cổ tử cung: bình thường độ dài cổ tử cung ngắn dần theo tuổi thai.

23 tuần: 38mm

24 tuần: 35mm

28 tuần: 34mm

Nếu độ dài cổ tử cung $\leq 25\text{mm}$ là chắc chắn dọa đẻ non.

- Tìm fibronectine trong dịch tiết âm đạo.
- Khi nghi đã vỡ ối nên thử độ pH âm đạo (trở nên kiềm) hay tìm chất Diamine - oxydase trong dịch âm đạo.
- Nghi dọa đẻ non do viêm nhiễm cần thử CRP.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Với chuyển dạ bình thường: cần kiểm tra ngày kinh cuối.
- Với cơn co sinh lý của tử cung (< 1 cơn co trong 10 phút)
- Với các cơn đau bụng khác (không có cơn co tử cung).

III. XỬ TRÍ

Phải phân biệt xem đó chỉ là triệu chứng dọa đẻ non hay là cuộc chuyển dạ thực sự không thể tránh được.

1. Dọa đẻ non

- Tiền sử không rõ.
- Cổ tử cung chưa xóa mở.
- Cơn co nhẹ, không đều, thưa.
- Ối còn



- Xử trí bằng cách
- Cho sản phụ nằm yên tại giường.
- Dùng progesteron và các dẫn xuất (utrogestant) làm mềm cơ tử cung.
- Dùng thuốc giảm co salbutamol 2mg x 3-4viên/ngày indomethacin 25 mg x 2-4 viên, nifedipin 5mg x 2-4 viên.
- Dùng kháng sinh: nếu nghi có nhiễm trùng

2. Dự phòng đẻ non

Với người sảy liên tiếp hay có tiền sử đẻ non, có chỉ định khâu vòng cổ tử cung trong khoảng từ 12-16 tuần của thời kỳ có thai. Có thể dùng thêm sau khâu vòng:

- Salbutamol 2mg: 2-4 viên/ngày
- Truyền tĩnh mạch chậm: Spasfon 4ml x 2 ống, Salbutamol 5mg (pha với glucose 5%)

3. Đẻ non

Khi cổ tử cung đã ngắn lại (< 2cm) hay đã đang xóa, cơn co tử cung đều (1-2 cơn trong 10 phút và mạnh dần; nếu thai dưới 34 tuần tuổi thì cần dùng thuốc để giảm co và dùng thêm steroid tiêm cho mẹ để giúp cho phôi thai trưởng thành, tránh bị bệnh màng trong khi đẻ ra. Thuốc phải dùng trước đẻ 48 giờ.

Cách 1: dùng phối hợp celestène (betamethason 2mg) tiêm bắp 2 mũi cách nhau 12 giờ.

Soludecadron (dexamethasone 6mg), tiêm bắp 2 mũi cách nhau 12 giờ. Ngày hôm sau tiêm nhắc lại thuốc này (như cách tiêm lần 1).

Cách 2: dùng diprospan 1 ống tiêm bắp, sau 24 giờ tiêm nhắc lại lần 2. Mỗi ống thuốc gồm có:

- Betamethasone dipropionat 5mg
- Betamethasone sodium phosphat: 2mg

Khi đẻ cần tạo điều kiện cho thai đẻ nhanh, không gây sang chấn cho thai.

Với ngôi thuận, cố gắng đi đường dưới, bảo vệ ối đến cùng, điều chỉnh cơn co, khi cần cắt tăng sinh môn cho thai sổ.

Với ngôi ngang hay ngược, tiên lượng xấu hơn, vì vậy nếu thai có thể sống được, nên có chỉ định mổ lấy thai để bảo vệ sự an toàn cho con.

ĐỂ CHỈ HUY BẰNG TRUYỀN NHỎ GIỌT OXYTOCIN VÀO TĨNH MẠCH

Truyền nhỏ giọt oxytocin vào tĩnh mạch nhằm mục đích tăng cường cơn co tử cung một cách sinh lý, có thể điều chỉnh cơn co đủ mạnh và đều, không gây tai biến, giúp cho cuộc chuyển dạ được nhanh hơn.

I. CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn cơn co trong chuyển dạ: cơn co yếu hay không có cơn co làm cho cuộc chuyển dạ kéo dài.
- Để tăng cơn co trong phá thai to.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ngôi bất thường: ngang, trán, ngôi đầu sa chi.
- Bất cân xứng giữa thai nhi và khung chậu.
- Dị dạng ở thai nhi và tử cung: não úng thủy, tử cung đôi, tử cung hai sừng.
- Có sẹo ở tử cung: mổ lấy thai, mổ bóc nhân xơ v.v...

III. THUỐC SỬ DỤNG

- Oxytocin: 5-10 đ.v.q.t
- Dung dịch glucose 5% x 250-500ml.

IV. TIẾN HÀNH

- Cho sản phụ nằm ngửa, tư thế thoải mái.
- Truyền thuốc vào tĩnh mạch ở khuỷu tay với tốc độ chậm 15-20 giọt/phút, sau sẽ điều chỉnh tùy theo độ mạnh của cơn co và thời gian nghỉ giữa hai cơn co. Nếu cổ tử cung chậm mở, cơn co mạnh có thể phối hợp thêm dolosal 0,10g (tiêm bắp), buscopan 0,04g (500-750ml) trong 6-10 giờ.

RAU BONG NON

I. NGUYÊN NHÂN

Do bị sang chấn vào vùng tử cung khi có thai nghén hoặc là do một biến chứng của hội chứng nhiễm độc thai nghén (tuy đôi khi không có các triệu chứng phù, protein niệu hay huyết áp cao).

II. TRIỆU CHỨNG

Biểu hiện bằng hiện tượng chảy máu và rau bị bong. Với thể nhẹ, chỉ biểu hiện bằng một cục máu nhỏ sau rau (phát hiện được sau đẻ). Với thể nặng, thường gây chảy máu lan toả vào các bộ phận sinh dục.

1. Thể ẩn

Khó có dấu hiệu lâm sàng, sau đẻ có cục máu sau rau.

2. Thể nhẹ

Không có dấu hiệu gì về toàn thân, cuộc chuyển dạ vẫn tiến triển bình thường, có thể cơn co hơi cường tính một ít, cổ tử cung mở nhanh hơn, tim thai vẫn bình thường, có thể ra ít huyết sau khi đẻ thấy có cục máu tụ sau rau.

3. Thể trung bình

Có dấu hiệu nhiễm độc thai nghén, có thể đủ cả ba triệu chứng (phù, protein niệu, huyết áp cao) hoặc không đầy đủ. Có khi không có triệu chứng gì về nhiễm độc thai nghén cả mà chỉ có dấu hiệu sốc nhẹ. Tử cung co cứng liên tục, chiều cao tử cung tăng lên rõ rệt theo thời gian, tim thai nhanh (hoặc chậm), ra máu đen, loãng ở âm đạo.

4. Thể nặng

Thường xuất hiện nhanh và nặng ngay, có hoặc không có dấu hiệu nhiễm độc thai nghén. Có hiện tượng sốc nặng, mạch nhanh, huyết áp hạ, bệnh nhân vật vã, khó thở, cơn co tử cung liên miên, tử cung co cứng như gỗ (có cảm giác như sờ thấy thớ của cơ tử cung). Chiều cao tử cung tăng nhanh, tim thai mất. Thăm âm đạo thấy cổ tử cung cứng, dày, ối căng, máu đen chảy từ tử cung ra, bấm ối thấy nước ối có lẫn máu.

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. Rau tiền đạo

Ra máu nhiều ở âm đạo, máu đỏ tươi, máu loãng kèm máu cục, bệnh nhân không đau.



2. Võ tử cung

Ra máu ở âm đạo xuất hiện muộn sau một quá trình chuyển dạ kéo dài, mất cơn co, sờ thấy thai dưới da bụng.

3. Đa ối cấp tính

Tử cung co nhanh, sản phụ khó thở, không sốc, không ra máu ở âm đạo

IV. XỬ TRÍ

1. Thể nhẹ

Thường chỉ chẩn đoán được sau đẻ, do đó không cần điều trị gì cả, hoặc cho ergotin 0,2mg x 1-2 ống sau kiểm soát tử cung.

2. Thể trung bình

Thường phải mổ để đảm bảo an toàn cho mẹ (để tránh chuyển thành thể nặng hoặc con chết trong tử cung). Khi mổ nếu không chảy máu nhiều và tổn thương ở cơ tử cung ít, sản phụ đẻ con so, có thể bảo tồn tử cung. Trước khi mổ phải truyền máu tươi. Tùy theo thương tổn cụ thể ở tử cung nhiều hay ít mà quyết định giữ tử cung hoặc cắt bỏ.

3. Thể nặng

Trước tiên phải chống sốc bằng cách truyền máu tươi để đảm bảo khối lượng tuần hoàn. Dùng dolosal để giảm đau và chống sốc.

- Thở oxy liên tục.
- Truyền máu tươi.
- Tiêm E.A.C từ 4-8g tĩnh mạch.
- Transamin 4-8g truyền tĩnh mạch.
- Chống vô niệu: lasix liều cao tĩnh mạch.

Sau đó mổ lấy thai và tùy theo thương tổn ở tử cung, tuổi sản phụ, số lần đẻ, tình trạng toàn thân của sản phụ mà quyết định giữ hay cắt bỏ tử cung bán phần.

RAU TIỀN ĐẠO

Rau tiền đạo là những trường hợp bánh rau không bám vào đáy hay thân tử cung, mà bám vào đoạn dưới hay cổ tử cung, khi chuyển dạ đoạn dưới và cổ tử cung giãn nở gây nên bong rau và chảy máu

I. NGUYÊN NHÂN

1. Sinh đôi
2. Đẻ nhiều lần, nạo thai nhiều lần.
3. Viêm niêm mạc tử cung: tiền sử lao nội mạc tử cung

II. PHÂN LOẠI

1. Rau bám thấp

Từ bờ bánh rau đến lỗ cổ tử cung (chỗ màng ối vỡ) dưới 10cm.

2. Rau bám bên

Bờ bánh rau tối sát lỗ trong cổ tử cung.

3. Rau bám trung tâm

Bánh rau che phủ trong cổ tử cung (khoảng 10-15% các trường hợp rau tiền đạo).

III. TRIỆU CHỨNG

1. Ra máu ở âm đạo

Ra máu từ tháng thứ 6, máu sẽ ra sớm nếu là con so (vì đoạn dưới giãn mở sớm), ra máu tươi tự nhiên, không đau bụng, ra từng đợt, khoảng cách giữa các đợt ngày càng gần.

2. Thiếu máu

Tùy theo tình trạng ra máu nhiều lần hay ít lần và số lượng máu bị mất.

3. Tim thai

Vẫn bình thường hay bị suy (nếu ra máu nhiều)

4. Khám âm đạo

Thấy thai nhỏ, ngôi còn cao, nếu cổ tử cung chưa mở sẽ sờ thấy giữa cổ tử cung và ngôi có một lần đệm; nếu cổ tử cung đã mở, đặt van âm đạo có thể nhìn thấy các múi rau (hoặc sờ bằng tay).



IV. CHẨN ĐOÁN

Quan trọng nhất là phải chẩn đoán sớm, ngay lúc đang có thai, để có thể theo dõi và xử trí kịp thời.

Dùng siêu âm để định vị bánh rau nhanh, chính xác và không hại cho thai, hiện nay là phương pháp thường dùng.

Khi đã chuyển dạ, cổ tử cung đã mở thì có thể xác định được bằng cách thăm khám âm đạo:

- Rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn: bánh rau che hết cổ tử cung.
- Rau tiền đạo bán trung tâm: sờ được màng rau
- Rau bám mép: màng rau dày cứng, sờ thấy bờ bánh rau ở một bên cổ tử cung.

V. XỬ TRÍ

1. Trong khi có thai

- Cho nằm theo dõi tại bệnh viện
- Truyền máu nếu sản phụ thiếu máu; giảm co. Cố giữ cho thai đến gần đủ tháng nếu cầm được máu. Dùng thuốc giảm co như salbutamol, spasmaverin, spasfon.
- Mổ lấy thai sớm nếu ra máu nhiều (rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn).

2. Trong khi chuyển dạ

- Mổ lấy thai ra nếu rau tiền đạo trung tâm.
- Bấm ối và xé rộng màng ối, dùng thuốc giảm co (với rau bám mép). Nếu cầm máu thì thủ cho đẻ đường dưới, nếu vẫn ra máu nhiều thì mổ lấy thai.
- Với thai ngang, nên mổ ngay nếu là rau tiền đạo trung tâm. Với thai nhỏ non tháng khó sống sau đẻ và rau bám mép thì có thể bấm ối và nội xoay thai, rồi kéo chân thai nhi xuống để cho mông thai nhi tỳ vào bánh rau để cầm máu (song nếu thấy thuốc không nắm thủ thuật sản khoa và thai không nhỏ, thì không nên làm).

Khi mổ lấy thai có thể chảy máu sau khi lấy rau, ở vùng rau bám. Khâu cầm máu và thắt động mạch tử cung (nếu cần) ở người con so; cắt tử cung nếu khó cầm máu ở người con rạ (cần thắt cả nhánh cổ đoạn của động mạch tử cung, do đó phải thắt thấp).

3. Sau đẻ

- Đối với con: cần truyền máu nếu hồng cầu dưới 4 triệu.
- Đối với mẹ: theo dõi nhiễm khuẩn và chảy máu.



SA DÂY RAU

I. ĐỊNH NGHĨA

Bình thường dây rau ở trong buồng tử cung, giữa thai nhi và bánh rau. Nhưng trong trường hợp bất thường, nó có thể sa xuống cùng với ngôi nên gọi là sa dây rau.

II. NGUYÊN NHÂN

Do không có sự bình chỉnh tốt giữa ngôi và đoạn dưới tử cung nên làm cho dây rau có thể tụt qua khe hở xuống trước ngôi, như đa ối, thai quá nhỏ, ngôi bất thường, rau tiền đạo, đẻ nhiều lần, khối u tiền đạo, não úng thủy, dây rau quá dài...

III. TRIỆU CHỨNG

- Khi ối chưa vỡ: qua đầu ối sờ được dây rau mềm mại, di động, có nhịp đập cùng với tim thai.
- Khi ối đã vỡ: nếu kẹp dây rau giữa khe hai ngón tay thì thấy rõ nhịp đập của dây rau.
- Khi dây rau sa xuống một bên ngôi: có thể không sờ được dây rau mà chỉ nghĩ tới có sa dây rau khi có dấu hiệu suy thai.
- Có Dip biến đổi trên máy monitor sản khoa.
- Nhịp tim thai chậm dần rồi mất hẳn.

IV. TIỀN LƯỢNG

- Sa dây rau được phát hiện trong lúc còn ối thì tiên lượng tốt hơn nhiều và có thời gian để chọn cách xử trí cho thích hợp.
- Sa dây rau khi ối đã vỡ thì tiên lượng xấu hơn, nhất là khi sa nhiều thành từng búi, và chỉ trong vòng 5-10 phút dây rau sẽ ngừng đập và thai sẽ chết nếu không can thiệp kịp thời.

V. XỬ TRÍ

- Nếu sa dây rau trong bọc ối, và thai nhi đủ tháng thì nên đặt vấn đề mổ lấy thai để cứu con. Nếu thai nhỏ, tiên lượng dễ đường dưới dễ thì đợi khi cổ tử cung mở hết sẽ phá ối và can thiệp để lấy thai.
- Nếu sa dây rau khi ối đã vỡ thì xử trí tùy theo từng trường hợp cụ thể:

+ Thai nhỏ, cổ tử cung đã mở hết thì nên can thiệp lấy thai bằng đường dưới; làm foócxép để lấy thai nếu là ngôi chỏm đã lọt: kéo theo thai nếu là ngôi ngược hoàn toàn.

+ Thai trung bình, cổ tử cung chưa mở hết, ngôi chưa lọt, thì nên mổ ngay và nhanh để cứu con (nên đặt một gạc tẩm huyết thanh ấm vào âm đạo trong khi chuyển sang nhà mổ và chuẩn bị mổ).

CHẢY MÁU TRONG THỜI KỲ SỎ RAU

I. ĐỊNH NGHĨA

Chảy máu trong thời kỳ sổ rau là máu chảy từ diện rau bám, trong vòng 24 giờ sau khi sổ rau, với lượng máu trên 500ml (với người Việt Nam, lượng máu mất trên 300ml đã phải coi là chảy máu sau đẻ và cầm máu cấp cứu kịp thời).

II. CƠ CHẾ

Cơ chế gây chảy máu là do:

- Rau bị sót hay không bong hết.
- Rối loạn sự co bóp và co rút của tử cung làm cho rau không bong hết hay không sổ được, các mạch máu không bị bít lại.

III. NGUYÊN NHÂN

1. Nguyên nhân gây giảm co bóp của lớp cơ tử cung sau sổ rau là

- Chuyển dạ quá lâu, cơ tử cung bị dờ ra.
- Chất lượng cơ kém: do đẻ nhiều lần, u xơ tử cung, tử cung dị dạng, phong huyết tử cung rau...
- Cơ tử cung bị quá căng trước khi đẻ: đa ối, chứa nhiều thai.

2. Nguyên nhân gây nên không bong rau hết là

- Viêm niêm mạc tử cung
- Niêm mạc tử cung bị teo, bị tổn thương do nạo quá sâu.
- Rau bám không đúng chỗ (bám thấp) do đó gai rau có thể ăn sâu vào lớp dưới.
- Rau bám vào một góc nên bị cầm tù, tuy bong nhưng không sổ ra được.



3. Ngoài ra còn một số nguyên nhân về kỹ thuật

- Cắt kéo dây rau làm đứt dây rau, hoặc bong rau từng mảng.
- Ngừng truyền oxytocin sớm quá khi làm nghiệm pháp để chỉ huy (chỉ nên ngừng oxytocin khi rau đã sổ).

IV. TRIỆU CHỨNG

- Máu chảy từ tử cung ra: có khi chảy rỉ rỉ, có khi thành tia hoặc ồ ạt.

Nếu máu chảy từ từ, thì thường máu đọng lại trong tử cung làm cho tử cung to lên, đẩy tử cung lên cao, sau đó mới chảy ra ngoài. Dù có cân và ước lượng thì số máu chảy thực sự bao giờ cũng nhiều hơn số ước lượng.

- Sản phụ sốc, khát nước, tứ chi lạnh, mạch nhanh, huyết áp hạ.
- Tử cung không co hồi, mềm, không có khối bảo đảm.

V. XỬ TRÍ

1. Nếu rau chưa bong

Phải bóc lấy rau ra, trong trường hợp eo tử cung co thắt hẹp, cần phải gây mê để lấy rau; sau khi bóc rau phải kiểm soát tử cung xem còn sót rau hay không.

2. Nếu rau đã bong

Kiểm soát tử cung, tiêm thuốc co hồi tử cung, oxytocin 5-10 đơn vị, có thể tiêm ngay vào cơ tử cung hay bắp thịt, hoặc tiêm ergotin 0,2mg x 1-2 ống vào bắp thịt. Truyền máu cùng nhóm để bù số lượng đã mất nếu máu chảy ra quá nhiều.

Cuối cùng nếu vẫn không cầm được máu cần phải mổ để thắt động mạch tử cung, động mạch hạ vị hay cắt tử cung để cầm máu. Tránh để chảy máu quá nhiều sẽ gây rối loạn đông máu.

RÁCH ÂM HỘ - ÂM ĐẠO CỔ TỬ CUNG DO ĐỂ

Rách âm hộ - âm đạo - tầng sinh môn là những sang chấn dễ gặp trong khi đẻ, nhất là trong trường hợp đẻ con so hay trong những trường hợp đẻ khó phải can thiệp thủ thuật.

I. RÁCH ÂM HỘ - TẦNG SINH MÔN

Rách âm hộ bao giờ cũng gặp ở phía sau, vùng tầng sinh môn.

1. Nguyên nhân

- Tại chỗ: có thể do tầng sinh môn dày, dài, phù nề, nhiễm khuẩn do chuyển dạ lâu. Có thể do tầng sinh môn bị căng (ở người lệch khớp háng, khung chậu méo) làm tầng sinh môn khó giãn.

- Do thai: thai nhi có đầu to, hoặc đầu sổ ở thể chỏm cùng, sổ ngối mặt, trán hay ngược. Cũng có khi thai nhỏ nhưng sổ nhanh quá cũng làm rách tầng sinh môn.

- Do sang chấn: đẻ bằng thủ thuật: forceps, giác hút...

2. Chẩn đoán

- Triệu chứng cơ năng hầu như không có, chỉ có chảy ít máu tại chỗ.
- Khi khám thực thể sẽ thấy:

a. Rách không hoàn toàn

- + Độ I: chỗ rách ở mép sau âm hộ
- + Độ II: rách tới phần trước nhân xơ trung tâm.
- + Độ III: rách cả nhân xơ nhưng cơ vòng hậu môn không rách.

b. Rách phức tạp: cả cơ vòng hậu môn bị rách, âm đạo, âm hộ và hậu môn thông với nhau.

3. Xử trí

- Điều quan trọng là dự phòng các sang chấn do đẻ bằng cách; đỡ đẻ đúng kỹ thuật, cho thai sổ chậm, cắt tầng sinh môn nếu cần thiết, nhất là khi có can thiệp thủ thuật ở người con so, hoặc thai to.

- Với trường hợp rách không tạp có thể gây tê và khâu phục hồi một lớp bằng chỉ nylon hoặc khâu nhiều lớp nếu đã rách đến tận nhân xơ trung tâm của tầng sinh môn (lớp niêm mạc âm đạo, lớp cơ tầng sinh môn và lớp da).

- Với trường hợp rách phức tạp: khâu lớp niêm mạc hậu môn trước bằng chỉ catgut; thay găng và dụng cụ, sau đó khâu nhiều lớp như rách tầng sinh môn hoàn toàn (với lớp cơ vòng hậu môn nên khâu kiểu chữ U).

Sân sóc sau khâu rất quan trọng, nhất là với những trường hợp rách phức tạp: chống táo bón; theo dõi vết khâu hàng ngày, sau mỗi lần đi tiểu cần sát khuẩn lại; dùng kháng sinh; sau 1 tuần đến 10 ngày thật tháo phân cho sản phụ, để khỏi rặn gây bực chỉ.

II. RÁCH ÂM ĐẠO

Rách âm đạo có thể ở thấp kèm theo rách tầng sinh môn trung bình hay cao (rách cùng đồ).

1. Rách trung bình

- Nguyên nhân có thể do âm đạo hẹp hay phù nề, do chuyển dạ lâu, thai to hoặc do thủ thuật (forceps ngôi chỏm kiểu sau).

- Triệu chứng cơ năng thường chỉ biểu hiện bằng ra máu, ra máu ngay sau đẻ, máu đỏ hay đen, nhiều hay ít, tùy theo kích thước của chỗ rách.

- Triệu chứng thực thể: đặt van âm đạo có thể thấy vết rách đang rỉ máu, thường phải kết hợp với sờ bằng tay mới đánh giá hết được mức độ của tổn thương.

- Xử trí: khâu bằng chỉ catgut, mũi rời, một lớp, lấy cho hết độ sâu của vết rách.

2. Rách cao

- Nguyên nhân: có thể do rách cổ tử cung lan xuống hay do thủ thuật (forceps, chọc ọc, cắt thai) gây nên.

- Triệu chứng chính là ra máu (như rách trung bình). Bao giờ cũng phải kiểm tra cổ tử cung, sau đó đến các cùng đồ. Phải dùng kim dài cặp bông lau sạch các cùng đồ mới nhìn rõ được tổn thương. Cần phải kiểm tra xem có rách lớp phúc mạc của cùng đồ Douglas không (nếu có cần cho kháng sinh liều cao để phòng viêm phúc mạc tiểu khung).

- Xử trí: khâu bằng chỉ catgut, mũi rời, một lớp.

III. RÁCH CỔ TỬ CUNG

Thường gặp rách ở phần dưới chỗ bám của âm đạo hơn là phần trên của âm đạo.

1. Nguyên nhân

- Cổ tử cung bị xơ cứng do rách cũ, sau phẫu thuật cắt cắt cổ tử cung, đốt điện cổ tử cung.
- Cổ tử cung bị phù nề, viêm do thăm khám nhiều, chuyển dạ lâu.
- Sản phụ rặn non làm rách, do làm forceps, giác hút khi cổ tử cung chưa mở hết.

2. Triệu chứng

Ra huyết ngay sau khi thai sổ hoặc trước khi thai sổ, ra máu tươi rỉ rỉ sau khi rau đã sổ, tử cung vẫn co hồi tốt. Đặt van và dùng kim hình tim kéo cổ tử cung thẳng ra để xem thì thấy có vết rách từ cùng đồ đến mép ngoài (phải di chuyển kim quanh cổ tử cung để xem từng đoạn gần cổ tử cung mới chẩn đoán được chính xác).

3. Xử trí

Dự phòng bằng cách:

- Không cho sản phụ rặn non.
- Không làm forceps khi cổ tử cung chưa mở hết: nếu cần thiết phải cắt cổ tử cung trước khi làm thủ thuật. Xử trí vết rách bằng cách khâu phục hồi một lớp bằng chỉ catgut, mũi rời.

Trong trường hợp vết rách lên trên chỗ bám của âm đạo, phải nghĩ là vỡ tử cung và phẫu thuật sớm.

NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Cho đến cuối thế kỷ XIX, nhiễm khuẩn hậu sản còn là một nguy cơ đe dọa đến tính mạng các sản phụ. Sang thế kỷ XX, với sự phát minh các kháng sinh và các quy tắc vô khuẩn khi thăm thai, đỡ đẻ được đề ra chặt chẽ, nguy cơ đó mới có thể khắc phục được.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ ĐIỀU KIỆN THUẬN LỢI

1. Vi khuẩn gây bệnh

Thường là loại liên cầu khuẩn, trực khuẩn coli, tụ cầu khuẩn, proteus.



2. Các điều kiện thuận lợi

- Các viêm nhiễm sẵn có ở đường sinh dục: viêm âm đạo, viêm cổ tử cung
- Ổi vô non.
- Các thủ thuật sản khoa: nhất là thủ thuật ở trong buồng tử cung.
- Sốt rau, màng rau.

III. LÂM SÀNG

1. Viêm niêm mạc tử cung

Khoảng 4 ngày sau đẻ, sản phụ thấy mệt, nhức đầu và sốt, nhiệt độ khoảng 38-38,5°C. Sản dịch hôi, có khi như mủ. Tử cung co hồi chậm, mềm, đau khi ấn. Dùng kháng sinh (ampicilin + gentamycin hay cephalosporin thế hệ 3) sau vài ngày các dấu hiệu trên giảm dần.

2. Viêm dây chằng rộng

Ngoài dấu hiệu viêm nhiễm chung, còn có dấu hiệu đái khó, táo bón, khi thăm khám thấy một bên dây chằng rộng cứng, tử cung ít di động.

Dùng kháng sinh (cephalosporin thế hệ thứ 3) tổn thương có thể tan hết hoặc làm mủ, tạo thành ổ mủ ở trước hay sau nền dây chằng rộng.

3. Viêm vòi trứng

Ít gặp sau đẻ, thường gặp sau sảy thai, nhất là sau phá thai phạm pháp. Biểu hiện bằng một khối u ở phần phụ, mật độ mềm, đau, ranh giới không rõ. Tổn thương thường ở phía phúc mạc nhiều hơn là ở niêm mạc. Dùng cephalosporin kết hợp với gentamycin hay metronidazol. Nếu không kết quả hay khối mủ to thì phải điều trị phẫu thuật (hiện nay mổ nội soi, hút mủ và rửa vòi trứng, kết quả rất tốt).

4. Viêm phúc mạc

Thường lan ra toàn ổ bụng. Bệnh nhân mệt, hốc hác, mạch nhanh, nhiệt độ dao động, nôn ỉa chảy, bụng trương, phản ứng thành bụng không rõ (do các cơ bụng bị mềm ra trong khi có thai), nắn đau. Bạch cầu tăng, urê máu tăng.

Thường phải chụp bụng không chuẩn bị để xác định chẩn đoán (thấy có mức nước ở trong ổ bụng và vùng tiểu khung bị mờ). Phải dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, hoặc cephalosporin + metronidazol hoặc fluoroquinolon, hồi sức, phục hồi chức năng bài tiết của thận và mổ cắt tử cung bán phần với hai phần phụ, lau rửa ổ phúc mạc và dẫn lưu. Tiên lượng xấu.

5. Nhiễm khuẩn huyết

Có thể xuất hiện sau đẻ, mổ lấy thai hay phá thai to. Sau ba bốn ngày, bệnh nhân sốt, có rét run, nhiệt độ 39-40°C, hằng định hay dao động, mạch nhanh, thở nhanh và nông, da khô, lưỡi đỏ, gò má đỏ, nước tiểu vàng và ít. Bạch cầu tăng (trên 10.000) cấy máu có vi khuẩn gây bệnh. Nếu để muộn có thể có những ổ áp xe ở gan, phổi, thận... phải điều trị bằng kháng sinh liều cao (theo kháng sinh đồ). Khi chưa có kết quả kháng sinh đồ có thể dùng kháng sinh phổ rộng, có tác dụng cả ái khí và yếm khí, Gram âm và dương. Khi nhiệt độ đã giảm, cần phải mổ cắt tử cung để lấy ổ viêm ban đầu.

IV. DỰ PHÒNG

- Để tránh tai biến nhiễm khuẩn hậu sản, sản phụ phải được điều trị các bệnh viêm nhiễm ở đường sinh dục trước khi đẻ.
- Bảo đảm các quy tắc vô khuẩn trong khi thăm khám thai, đỡ đẻ và làm các thủ thuật.
- Điều trị đúng và sớm các nhiễm khuẩn sau khi đẻ.
- Điều trị dự phòng bằng kháng sinh đối với các trường hợp vỡ ối non (trên 6 giờ).
- Cách ly các sản phụ bị nhiễm khuẩn.
- Các phòng khám, phòng đẻ phải được cọ rửa, khử khuẩn thường xuyên.
- Thầy thuốc phải có đầy đủ mũ, áo, khẩu trang vô khuẩn trong khi thăm khám, đỡ đẻ.

SẢY THAI

Sảy thai là hiện tượng trứng thụ tinh bị tống ra khỏi buồng tử cung trước khi có khả năng sống được (dưới 20 tuần).

I. NGUYÊN NHÂN

1. Do trứng

- Trứng bị thoái hóa do rối loạn nhiễm sắc thể:
 - + 3 thể nhiễm sắc (trisomy): 54%
 - + Thể nhiễm đơn độc X (monosomy X): 10%



- + Tam bội thể (triploidy): 20%
- + Chuyển đoạn thể nhiễm sắc (translocation): 4%
- Trứng làm tổ thấp: eo, góc TC, cổ TC.

2. Bất đồng nhóm máu mẹ con: không cùng yếu tố Rh.

3. Do sản phụ

a. Toàn thân:

- Các bệnh nhiễm khuẩn cấp gây sốt cao như thương hàn, viêm phổi.
- Do các bệnh mạn tính: suy tim, đái tháo đường, viêm thận mạn, huyết áp cao đơn thuần, giang mai.
- Do nhiễm độc thai nghén thể nặng.
- Do nhiễm độc hóa chất: chì, thủy ngân, phospho.
- Do tia X.
- Do rối loạn nội tiết: buồng trứng, tuyến yên, giáp trạng.

b. Tại chỗ

- Tử cung nhỏ, dị dạng (vách ngăn, 2 sừng, TC đôi) có u xơ, tử cung gấp trước hoặc sau nhiều.
- U nang buồng trứng chèn ép tử cung.
- Hở eo cổ tử cung nguyên phát hay thứ phát
- c. Chấn thương: sau phẫu thuật ổ vùng chậu hông do ngã, do tai nạn lao động.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Dọa sảy

- Sản phụ thấy đau từng cơn ở vùng hạ vị
- Máu chảy từ tử cung ra; máu đen ít hay máu đỏ tươi.
- Tử cung to, mềm, phình ở đoạn dưới, cổ tử cung giãn lại thành hình con quay.

2. Sảy thai

- Sản phụ thấy đau ở vùng hạ vị, đau ngày càng mạnh và kéo dài.
- Máu ra nhiều; máu loãng kèm theo máu cục.
- Cổ tử cung xóa và mở, thăm âm đạo có thể sờ thấy khối thai hay rau thập thò ở cổ tử cung.



Nếu thai đã sảy xong thì cổ tử cung đóng lại và lượng máu sẽ ít đi.

III. XỬ TRÍ

1. Dọa sảy

- Cho nằm nghỉ tuyệt đối
- Cho các thuốc giảm cơn co như spasmaverin x 2 viên hay ống (uống hoặc tiêm bắp) 2 lần/ngày hoặc salbutamol 2mg x 1-3 viên/ngày.
- Cho uống các thuốc cầm máu; tran-samin 500 mg x 4 viên/ngày.
- Định lượng β hCG, phức hợp pregnandiol, estrogen, 17- cetosteroid nếu nghi là do thiếu năng nội tiết. Có thể cho uống hay đặt trong âm đạo estan 100mg x 2 viên/ngày; pregnyl 1500đv QT (tiêm bắp) cách ngày một lần. Nếu siêu âm không có tim thai hoặc chỉ có túi ối có phần thai (kích thước 30 ly đường kính) thì không nên giữ thai nữa.

2. Đang sảy

Khi thai đang sảy, không nên đặt vấn đề giữ thai, cần hồi sức và nạo thai để cầm máu.

3. Đã sảy

Khi thai đã sảy mà vẫn còn ra máu và huyết áp tối đa thấp dưới 90mmHg, cần phải hồi sức và chống sốc, sau đó tiến hành nạo rau sót để cầm máu.

4. Sau sảy

Ủ ấm cho sản phụ và đặt nằm đầu thấp, thử công thức máu và khối lượng huyết cầu, theo dõi mạch huyết áp.

Nếu huyết áp thấp hay thiếu máu cần hồi sức (dung dịch huyết tương khô rõ giổ giọt tĩnh mạch hay truyền máu cùng nhóm. Kháng sinh tiêm hoặc uống.

KHUNG CHẬU HẸP

I. ĐẠI CƯƠNG

Trong khoảng 1/4 thế kỷ nay, không còn gặp những loại khung chậu hẹp hay biến dạng kiểu điển hình, mà thường gặp là những loại khung chậu hẹp một cách kín đáo, cho nên những trường hợp nghi ngờ khung chậu hẹp phải làm xét nghiệm cần thiết để phát hiện sự bất cân xứng giữa thai và khung chậu, để quyết định xử trí lấy thai kịp thời.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Do sự phát triển bất thường của xương

- Do bẩm sinh (người lùn).
- Do thiếu chất dinh dưỡng (còi xương).
- Do bệnh lý (lao khớp, sai khớp).

2. Do áp lực không đều

- Cột sống bị vẹo
- Áp lực lên xương chậu không đều (người thọt)

III. PHÂN LOẠI CÁC LOẠI KHUNG CHẬU BẤT THƯỜNG

A. KHUNG CHẬU CÓ TỔN THƯƠNG ĐỐI XỨNG

1. Tổn thương ở eo trên

- Hẹp xương kiểu nữ: các đường kính hẹp đều.
- Xương dẹt: đường kính ngang dài hơn đường kính trước sau.
- Hẹp xương kiểu nam: đường kính trước sau rất hẹp.
- Hẹp xương kiểu khi: đường kính trước - sau dài hơn đường kính ngang.

2. Tổn thương ở lòng tiểu khung

- Xương cùng không cong hoặc bị lồi ra trước.
- Gai hông bị lồi nhiều.

- Mặt bên của xương chậu lõm lõm bất thường.

3. Tổn thương ở eo dưới

- Vòm vòm bị hẹp (góc giữa của hai ngành ngồi háng nhỏ).
- Xương cụt bị cong lên.
- Đường kính lưỡng ụ ngồi hẹp.

B. KHUNG CHẬU CÓ TỔN THƯƠNG KHÔNG ĐỐI XỨNG

- Khung chậu ở người bị vẹo cột sống: một bên khung chậu bị đè nặng nên đường vô danh bị kéo lên cao.
- Khung chậu ở người thọt: eo trên bị méo do áp lực vào ổ khớp không đều nhau.

C. CÁC LOẠI TỔN THƯƠNG CƠ BẢN ĐÓ CÓ THỂ PHỐI HỢP TẠO NÊN MỘT SỐ KIỂU HÌNH

1. Khung chậu ở người còi xương

Có thể thuộc loại hẹp đều hay dẹt

2. Khung chậu ở người gù

Eo trên rộng, hai mặt bên lòng chậu cong vào, eo dưới hẹp.

3. Khung chậu ở người sai khớp háng hai bên bẩm sinh

Eo trên hẹp, eo dưới rộng.

4. Khung chậu của người bại liệt

Tạo nên dị hình phức tạp, khó để được bằng đường dưới.

5. Khung chậu của người gãy xương chậu

Hình dáng phụ thuộc vào vị trí và mức độ chấn thương, sự can xương có thể lồi vào trong chậu gây nên dễ khó.

IV. CHẨN ĐOÁN

Thăm khám sản khoa vào cuối thời kỳ thai nghén phải chú ý phát hiện những bất thường của khung chậu.

1. Hỏi tiền sử

Tuổi bắt đầu biết đi, các bệnh về xương, khớp, chấn thương ở cột sống, khung chậu, đùi, v.v...



2. Khám toàn thân

Chú ý các sản phụ lùn thấp, gù, vẹo, thọt v.v...

3. Khám khung chậu

- Đo các đường kính ngoài và trong của eo trên, eo dưới.
- Xem độ cong của xương cùng, độ nhỏ của các gai hông.
- Chú ý đến vị trí của ngôi để tìm sự bất cân xứng giữa ngôi và khung chậu như ngôi cao một cách bất thường; ngôi chồm lên khớp vệ.

4. Chụp X quang

- Chụp X quang để đo eo trên (theo tư thế của Toms): để sản phụ ngồi trên phim, thân chếch 45° , bóng X quang chiếu thẳng góc với diện eo trên, sẽ đo được các đường kính trước, sau, ngang, giữa và đường kính tối đa, dọc sau, chéo trái, chéo phải.

- Chụp nghiêng: để sản phụ đứng nghiêng, sẽ đánh giá được độ lồi của móm nhô, sự bất thường của khớp thắt lưng 5 và cùng 1, độ cong của xương cụt, ngoài ra còn đo được đường kính nhô - hậu vệ, đường kính cùng - hạ vệ. Hai tư thế trên còn cho phép đánh giá được tỷ lệ đầu thai nhi và khung chậu (đầu có nằm hay không nằm trong diện eo trên, đầu còn cao hay đã cắm vào lòng chậu).

5. Siêu âm ghi hình

Cho phép đo chính xác các đường kính trước sau của eo trên, đường kính lưỡng đỉnh của thai, đánh giá được thể tích của đầu thai trong ngôi mông.

V. XỬ TRÍ

Sau khi thăm thai và làm các xét nghiệm cần thiết, có thể đánh giá được tình trạng của khung chậu và thai nhi. Nếu có sự bất cân xứng rõ rệt thì nên chỉ định mổ lấy thai. Đối với những trường hợp chưa rõ rệt thì có thể làm nghiệm pháp lọt ngôi thai (với ngôi chồm), nếu nghiệm pháp lọt ngôi thai thất bại thì sẽ mổ lấy thai. Với các ngôi khác: ngôi ngược, mặt, ngôi thóp trước, nếu có khung chậu giới hạn nên chỉ định mổ, trừ những thai nhỏ, không đủ tháng, tiên lượng dễ đường dưới dễ dàng.

ĐỢT VỠ VÀ VỠ TỬ CUNG

Vỡ tử cung là hiện tượng rách lớp cơ của tử cung, thường xảy ra trong khi có thai hoặc trong khi chuyển dạ đẻ.

I. NGUYÊN NHÂN

- Do nứt vết sẹo cũ ở thân hay ở eo tử cung sau mổ lấy thai, bóc nhân xơ.
- Do chuyển dạ lâu, lớp cơ ở đoạn dưới giãn mỏng.

Do bất cân xứng giữa thai nhi và khung chậu: thai quá to, khung chậu hẹp, méo.

- Do ngôi bất thường: ngang, trán.
- Do khối u tiền đạo làm thai không lọt được.
- Do thủ thuật sản khoa làm không đúng chỉ định và kỹ thuật.
- Do sử dụng các thuốc cơn co không đúng chỉ định.
- Do tai nạn xảy ra trên sản phụ: trâu húc, va đập mạnh vào vùng tử cung.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Đợt vỡ

- Cơn co tử cung liên tục và mạnh, sản phụ đau nhiều.
- Tử cung co cứng, đoạn dưới kéo dài và vòng Bandl ngày càng lên cao. Tử cung lúc đó có hình bầu rệu.
- Hai dây chằng tròn cũng có thể sờ thấy được qua thành bụng.
- Tim thai suy.

2. Vỡ tử cung

- Cơn co tử cung đột nhiên mất đi sau cơn đau mạnh.
- Sốc: mạch nhanh, huyết áp hạ, khó thở, chân tay lạnh, da và niêm mạc nhợt nhạt.
- Máu đen chảy ra nhiều ở âm đạo.
- Tim thai mất
- Sờ thấy phần thai nhi dưới da bụng.



- Thăm âm đạo thấy ngôi thai ở cao.
- Nếu vỡ dưới phúc mạc thì khó chẩn đoán vì thai còn trong tử cung, máu ra ở âm đạo ít hơn, triệu chứng sốc không rõ rệt, tim thai có khi chỉ bị suy, nhưng khi ấn vào đoạn dưới sản phụ đau nhói, cần phân biệt với:
 - Rau tiền đạo; máu ra tự nhiên, không có cơn co dãn đập.
 - Rau bong non; có hiện tượng nhiễm độc, tử cung co cứng.

III. XỬ TRÍ

1. Dọa vỡ tử cung

- Cho thuốc giảm cơn co: salbutamol, spasfon, dolosal.
- Không cho sản phụ rặn.
- Can thiệp lấy thai ra nhanh: mổ lấy thai nếu ngôi chưa lọt, làm forceps, giác hút nếu ngôi đã lọt.

2. Vỡ tử cung

Truyền máu, truyền dịch, chống sốc.

Mổ lấy thai ra nhanh để cầm máu. Nếu vết rách gọn, chuyển dạ chưa kéo dài, chưa có dấu hiệu nhiễm khuẩn, sản phụ còn trẻ có thể khâu tử cung sau khi xén bỏ hai mép vỡ. Nếu vết rách nham nhở, phức tạp, có nhiễm khuẩn ối hoặc sản phụ nhiều tuổi, có nhiều con thì nên cắt tử cung để cầm máu.

SUY THAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy thai xảy ra thường do sự chuyển hóa tế bào của thai nhi không được bình thường, nhất là khi không được cung cấp đầy đủ oxy. Hiện tượng này có thể chỉ là tạm thời, song có thể kéo dài và dẫn đến tử vong thai nhi.

II. NGUYÊN NHÂN

1. Suy thai trong khi có thai

Do các nguyên nhân sau:

- Rau kém phát triển, xơ hóa, nhiễm khuẩn.

- Mẹ bị các bệnh mạch - thận, có tăng huyết áp, bệnh đái tháo đường, béo bệu, suy tim, nhiễm khuẩn do virus, toxoplasma, ricketsia, listeria, giang mai.
- Tương kỵ giữa máu mẹ và con.
- Thai già tháng.
- Có tiền sử thai chết lưu.

2. Suy thai trong khi chuyển dạ

- Con co tử cung cường tính.
- Chuyển dạ kéo dài.
- Ối vỡ sớm, nhiễm khuẩn ối.
- Dây rau ngắn, sa dây rau.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Suy thai trong khi có thai

a. Lâm sàng

- Thai kém phát triển.
- Giảm các cử động của thai
- Nhịp tim thai thay đổi.

b. Xét nghiệm

- Định lượng estriol phản ánh khá trung thành sinh lực của thai. Cần định lượng nhiều lần estriol ở nước tiểu sản phụ để so sánh. Một đường biểu hiện hình cao nguyên và sự giảm tối thiểu 30% so với trị số trước đó làm ta nghĩ đến thai bị suy.

- Xét nghiệm nước ối: đơn giản và dễ làm nhất là soi buồng ối, cần làm nhiều lần, cách nhau 48 giờ, nếu thấy nước ối đổi màu xanh nhạt là có dấu hiệu suy thai hoặc chỉ số ối thấp.

- Theo dõi tim thai bằng máy: dùng máy siêu âm với hiệu ứng Doppler có thể theo dõi nhịp tim thai tương đối chính xác.

- Theo dõi bằng monitor sản khoa: trong thời kỳ chưa chuyển dạ, thường sử dụng máy này để làm các nghiệm pháp oxytocin và atropin để đánh giá mức độ suy thai (xem bài thăm dò thai trong lúc có thai).

- Dùng Doppler màu để đo lưu lượng máu qua mạch rau thai.
- Dùng siêu âm để ước tính cân nặng thai hàng tuần.

2. Suy thai trong lúc chuyển dạ

a. *Lâm sàng*: trong khi chuyển dạ, theo dõi sự suy thai chủ yếu dựa vào:

- Theo dõi cơn co: nếu cơn co cường tính và kéo dài dễ gây suy thai.
- Theo dõi nhịp tim thai: nếu nhịp nhanh (160-180) hoặc chậm (dưới 110) là có suy thai.
- Màu nước ối: nếu nước ối có lẫn phân su là có suy thai.

b. *Xét nghiệm*

- Soi ối: nếu ối chưa vỡ, soi ối là một biện pháp tốt để phát hiện suy thai.
- Nghe tim thai bằng máy: với các máy nghe tim thai bằng siêu âm và phóng đại âm có thể xác định rõ nhịp tim thai.
- Monitor sản khoa: nếu thấy các Dip II và Dip biến đổi là có những biểu hiện xấu của tình trạng thiếu oxy não ở thai nhi.
- Đo độ pH máu thai nhi: với phương pháp vi định lượng Saling, có thể đo độ pH máu thai nhi và dựa vào đó để đánh giá mức độ suy thai.

IV. XỬ TRÍ

1. Suy thai trong khi có thai

Cần phải đánh giá mức độ trưởng thành của thai (tính ngày kinh, chụp X quang, đo chiều dài thai nhi, tìm các điểm cốt hóa, đo đường kính lưỡng đỉnh bằng siêu âm, tìm tỷ lệ tế bào da cam trong nước ối...).

Nếu thai đã trưởng thành: can thiệp lấy thai bằng đẻ chỉ huy hoặc mổ. Nếu tiên lượng thai không phát triển hay có thể chết trong tử cung cũng phải lấy thai ra. Trước đó cần sử dụng steroid cho mẹ (xem ở bài đẻ non) để giúp phổi thai trưởng thành nếu tuổi thai < 34 tuần.

2. Suy thai trong khi chuyển dạ

Điều trị bằng nội khoa để hồi sức thai.

- Thở oxy.
- Dùng thuốc giảm cơn co (nếu cơn co cường tính).

Nếu không đỡ hoặc nhịp tim thai chậm, xuất hiện các Dip II và Dip biến đổi thì:

- + Mổ lấy thai nếu ngôi chưa lọt, cổ tử cung chưa mở.
- + Lấy thai bằng forceps nếu ngôi đã lọt.

TRẺ SƠ SINH TÍM TÁI

Trẻ sơ sinh bị tím tái ngay sau đẻ (thường gọi là ngạt sau đẻ) hoặc những ngày sau đẻ. Dù xuất hiện sớm hay muộn, phải được cấp cứu ngay.

I. NGUYÊN NHÂN

1. Tím tái ngay sau đẻ

- Do phổi chưa trưởng thành nên chức năng trao đổi oxy không làm được tốt, thường gặp ở trẻ non tháng.
- Không khí không vào phổi được do phế quản bị tắc vì nước ối, phân su, phổi bị tràn ngập nước ối, bị xẹp.
- Thiếu oxy trong khi chuyển dạ do tuần hoàn rau thai bị ngừng trệ vì sa dây rau, rau tiền đạo, rau bong non, phù não hay chảy máu não.

2. Tím tái những ngày sau đẻ

a. Có dấu hiệu thần kinh

- Sang chấn não: hay gặp hơn cả, xuất hiện sớm, từng cơn và ngày càng tăng (cho ngửi oxy không đỡ), có tiền sử đẻ khó, chuyển dạ lâu, có can thiệp thủ thuật, phẫu thuật.
- Do bệnh tim bẩm sinh: ít gặp hơn, xuất hiện muộn, tím tái toàn thân và liên tục, ngửi oxy không đỡ.
- Do viêm màng não cấp: ít gặp, tím tái nặng và có dấu hiệu màng não.

b. Không có dấu hiệu thần kinh, nhưng thường có dấu hiệu về hô hấp như khó thở.

- Không có tiền sử thai nghén bệnh lý: thường do các nguyên nhân như thoát vị cơ hoành (tim bị đẩy sang một bên), tràn khí màng phổi (khoảng gian sườn giãn rộng, vùng phổi không di động, gõ trong), liệt cơ hoành (X quang không thấy cơ hoành di động), phế quản phế viêm.

- Có tiền sử thai nghén bệnh lý, mẹ có bệnh nội khoa.

3. Các nguyên nhân khác (ít gặp)

- Cảm lạnh và lạnh.
- Viêm tai nặng.
- Xoắn ruột.
- Nhồi máu nặng.



II. ĐIỀU TRỊ

1. Tím tái sau đẻ

Xử trí theo trình tự sau:

a. *Thông khí phế nang*: hút ngay dịch ở mũi họng bằng ống hút, cắt rốn ngay. Nếu chưa tự thở phải đặt ống nội khí quản và hút dịch ở phế quản cho sạch.

b. *Viện trợ hô hấp*: khi đã hút hết đờm rãi mà trẻ chưa tự thở hay thở yếu thì phải hỗ trợ hô hấp bằng mặt nạ và Ambu, với tần số 40 lần/phút (áp suất dưới 30cm/nước) sau đó cho thở oxy (qua lều hay ống dẫn dưới lỗ mũi).

c. *Điều chỉnh thăng bằng kiềm toan*: khi trẻ chưa tự thở tốt dù làm các thủ thuật trên, cần điều chỉnh độ toan máu bằng dung dịch natri bicarbonat 42% qua tĩnh mạch với liều 10ml/kg/24 giờ phối hợp với dung dịch glucose 5% x 50ml, truyền nhỏ giọt tĩnh mạch chậm, calci clorur 0,5 x 1/2 ống (vào tĩnh mạch).

d. *Bảo đảm tuần hoàn phổi, não*: nếu tim đập rời rạc cần phải ép tim ngoài lồng ngực với tần số khoảng 100 lần phút cho tới khi nào động mạch rốn hay động mạch cảnh đập tốt thì thôi.

Sau khi hồi sinh đã tốt, cần chăm sóc chu đáo và tử mỉ, tránh tai biến viêm phổi, tràn khí màng phổi, suy hô hấp tái diễn, do đó cần phải được sưởi ấm, thở oxy ngắt quãng, nằm lồng ấp, cho ăn bằng ống thông hay bằng thìa v. v...

2. Tím tái những ngày sau đẻ

Điều trị theo nguyên nhân, nhưng phải chú ý phát hiện các trường hợp cần can thiệp phẫu thuật để xử trí kịp thời như thoát vị cơ hoành, tràn khí phế mạc.. bệnh tim bẩm sinh, phì đại tuyến hung.

SỐC SẢN KHOA

I. ĐẠI CƯƠNG

Sốc gấp trong sản khoa là sốc do nguyên nhân phối hợp như: chảy máu, do sang chấn, do chuyển dạ quá dài. Sốc có khi xảy ra trong lúc chuyển dạ, nhưng thường xảy ra sau khi sổ thai.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ THUẬN LỢI

1. Yếu tố thuận lợi

- Nhiễm độc thai nghén.

- Chảy máu.
- Chuyển dạ kéo dài.
- Rối loạn dinh dưỡng và không được nghỉ ngơi đầy đủ trước khi đẻ.
- Trạng thái thiếu oxy (do các bệnh của mẹ).
- Trạng thái kích thích tâm thần, lo âu, sợ hãi trong khi đẻ.
- Rối loạn chức năng của các tuyến nội tiết.
- Các bệnh nhiễm khuẩn có trước và trong chuyển dạ.

2. Nguyên nhân

- Đau do sang chấn: đẻ khó, chuyển dạ lâu, cơn co cường tính, can thiệp thủ thuật mà không gây mê và gây tê tốt, kiểm soát tử cung.
- Mất máu nhiều: do vỡ tử cung, rau tiền đạo, rau bong non, băng huyết sau đẻ.
- Tắc mạch do nước ối (hiếm gặp).

III. CHẨN ĐOÁN

- Dựa vào tình trạng toàn thân của sản phụ là chính. Có khi chỉ có sốc đơn thuần, có khi có kèm tình trạng tim mạch (nhất là khi mất máu nhiều).
- Da xanh nhợt, toát mồ hôi, chân tay lạnh.
- Thở nhanh, nông.
- Thân nhiệt giảm, có khi xuống đến 35°C hay thấp hơn nữa.
- Huyết áp giảm.
- Mạch nhỏ, nhanh, khó bắt.
- Sản phụ ở trong tình trạng thờ ơ với ngoại cảnh, cũng có khi vật vã, giãy giụa, nói lảm nhảm.

IV. XỬ TRÍ

1. Dự phòng sốc xảy ra

- Chuẩn bị tốt tinh thần cho sản phụ để không lo lắng sợ hãi.
- Điều trị tốt các trường hợp thiếu máu.
- Trong khi đẻ, dùng các thuốc giảm đau, tránh đẻ chuyển dạ kéo dài, cơn co cường tính, xử trí tốt các trường hợp chảy máu.

2. Điều trị thực sự

- Cho sản phụ nằm đầu thấp.
- Truyền dịch, máu cùng loại, hay các chất có phân tử lớn: gelafundin, dextran, plasma khô v.v...
- Chống hiện tượng thiếu oxy trong tổ chức; hô hấp nhân tạo, thở oxy.
- Chống tình trạng toan huyết và toan tổ chức.
- Tiêm truyền dung dịch glucose 5%, natri clorur 9%, calci clorur.
- Giảm đau và an thần bằng dolosal, phenergan hoặc valium.
- Chống suy chức năng các tuyến nội tiết do thiếu oxy tổ chức, nhất là suy nhược thận bằng cortison, hydrocortison hemisuccinat.
- Điều trị các nguyên nhân sốc: cầm máu các nơi chảy máu, đông miên để giảm đau, cắt các xung thần kinh.

SUY TIM VÀ THAI NGHÉN

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy tim là một hội chứng được thể hiện khi cơ tim không còn khả năng bảo đảm một lưu lượng máu đủ để đáp ứng các nhu cầu của cơ thể.

Khi có thai do nhu cầu cơ thể của người mẹ và của thai nhi tăng lên nên tim phải làm việc và co bóp mạnh hơn. Bởi vậy, đối với những sản phụ có bệnh tim rất dễ bị suy tim. Do đó, cần phải đăng ký và quản lý sớm tất cả sản phụ có bệnh tim, điều trị sớm tất cả các trường hợp suy tim. Với những sản phụ bị bệnh tim, khi gần đến thời kỳ chuyển dạ, cần phải đưa vào nằm viện để theo dõi. Riêng đối với những trường hợp có suy tim mà điều trị ngoại trú không có kết quả thì phải cho vào nằm viện ngay.

Khi xử trí một trường hợp sản phụ bị suy tim, ngoài tình trạng bệnh lý cần phải dựa vào số lần có thai, tuổi của sản phụ để quyết định.

II. XỬ TRÍ

1. Điều trị

- Suy tim độ I: nhịp tim nhanh đơn thuần, chủ yếu là điều trị nội khoa.
- + Nghỉ ngơi.

- + Thuốc an thần, lợi tiểu.
- + Thuốc trợ tim: uabain, digitalin.
- + Vitamin B₁, C.
- + Bảo tồn tình trạng thai nghén, chỉ phá thai khi điều trị không kết quả.
- Suy tim độ II: khó thở nhẹ, nhịp tim nhanh, tĩnh mạch cổ nổi, gan to.
 - + Nếu phát hiện là suy tim lần đầu thì chỉ điều trị nội khoa (hoặc đã có con mới phá thai).
 - + Nếu suy tim tái diễn hoặc điều trị nội khoa không kết quả thì mới phá thai. Trước khi đẻ cần nằm viện (hai tuần).
 - + Riêng đối với trường hợp con so thì cần cân nhắc kỹ khi chỉ định phá thai.
 - + Dùng thuốc lợi tiểu mạnh: lasix, hypothiazid.
- Suy tim độ III: nhịp tim nhanh, gan to và đau, tĩnh mạch cổ nổi rõ, phù hai chi, đái ít, khó thở. Chỉ định phá thai là chính, song cần điều trị nội khoa trước, trong và sau khi phá thai. Cần giải thích rõ lợi ích của việc phá thai cho gia đình.
- Suy tim toàn bộ: khó thở, nhịp tim nhanh, gan to và đau, tĩnh mạch cổ nổi, phù toàn thân, đái ít.
 - + Phải điều trị nội khoa cho ổn định đã rồi mới phá thai. Có thể mổ cắt bỏ tử cung cả khối nếu thai đã to.
 - + Đề phòng tai biến phù phổi cấp.

2. Chỉ định phá thai trong suy tim

Tùy theo tuổi thai lớn, nhỏ:

- Thai dưới ba tháng: gây mê và nạo phá thai.
- Thai từ 4-6 tháng: mổ lấy thai, triệt sản hay cắt tử cung tùy tình trạng suy tim.
- Thai đủ tháng: khi đẻ can thiệp bằng forceps hoặc mổ lấy thai.

Trong những trường hợp phá thai bằng mổ lấy thai ở những bệnh nhân suy tim nên cắt tử cung để triệt sản và đề phòng biến chứng nhiễm khuẩn (bệnh Osler) sau đó.

PHÙ PHỔI CẤP TRONG THAI NGHÉN

I. ĐẠI CƯƠNG

Phù phổi cấp là hội chứng kích phát do huyết thanh từ trong các mao mạch phổi thoát ra bên ngoài, chảy vào các phế nang gây nên.

Nguyên nhân chính là do các bệnh tim mạch (chủ yếu là hẹp van hai lá, ngoài ra đối với các sản phụ có bệnh huyết áp cao cũng dễ bị phù phổi cấp khi thai nghén).

II. TRIỆU CHỨNG

Sản phụ có cảm giác bị ngạt, khó thở và tức ngực, không nằm được phải ngồi dậy, rồi xuất hiện các cơn ho rũ rượi, khạc ra nhiều đờm có bọt màu hồng. Da xanh tím, các đầu chi giá lạnh, nhiều mồ hôi.

Nghe phổi có những ran ứ đọng, ran ngáy, ran rít khắp phổi, giống như nước thủy triều dâng lên, nghe tim đôi khi có tiếng ngựa phi. Mạch nhanh, có lúc nhỏ, khó bắt. Huyết áp thay đổi và cơ thể suy sụp.

III. XỬ TRÍ

Phù phổi cấp thường xảy ra trong ba tháng cuối của thời kỳ có thai, khi thai đã lớn, tử cung to lên chèn ép, gây khó thở, tim phải làm việc nhiều hơn, xử trí chủ yếu là nội khoa và phải phát hiện sớm, chỉ can thiệp lấy thai khi đã qua cơn nguy hiểm.

1. Dọa phù phổi cấp

Cho sản phụ vào nằm viện sớm khi đã có dấu hiệu suy tim. Để phòng cơn phù phổi cấp bằng cách điều trị chống suy tim và cung cấp oxy đầy đủ cho cơ thể.

- Cho thuốc lợi tiểu (lasix 0,4g x 1-2 ống, tiêm tĩnh mạch).
- Cho thuốc trợ tim.
- Khó thở nhiều thì cho thở oxy, nằm tư thế Fowler.
- Nên can thiệp lấy thai sớm, không nên đợi đến khi chuyển dạ mới can thiệp.
- Cho thuốc hạ huyết áp (adalat, hydralazin) nếu do huyết áp cao.

2. Điều trị cơn phù phổi cấp

- Morphin 0,01g (tiêm tĩnh mạch nếu cần).

- Phong bế hạch thần kinh: aminazin 0,025g + promethazin 0,025g.
- Trợ tim: isolanid 0,4g.
- Lợi tiểu để giảm khối lượng tuần hoàn: lasix 0,4g x 2-3 ống, tiêm tĩnh mạch.
- Nếu không giảm thì chích huyết từ 300-500ml (trừ trường hợp thiếu máu).
- Thở oxy liên tục, đôi khi cần đặt ống nội khí quản và hô hấp viện trợ với oxy.
- Hút đờm dãi.
- Nằm đầu cao.
- Kháng sinh để phòng nhiễm khuẩn.
- Thuốc hạ huyết áp, nếu do huyết áp cao.

3. Sau cơn phù phổi cấp

Để phòng cơn phù phổi cấp tái phát trở lại.

- Tiếp tục sử dụng thuốc trợ tim.
- Thở oxy liên tục.
- Can thiệp lấy thai sớm khi thể trạng tương đối ổn định.

PHỤ KHOA

THĂM DÒ TRONG PHỤ KHOA

I. ĐẠI CƯƠNG

Những thăm dò cơ năng trong phụ khoa nhằm kiểm tra khả năng hoạt động của các tuyến sinh dục, cũng như các phần của những cơ quan trong bộ phận sinh dục.

Những thăm dò đó ngày càng phong phú, đánh giá được các chức năng của từng bộ phận. Tùy theo yêu cầu của chẩn đoán người ta chọn phương pháp này hay phương pháp khác, hoặc phối hợp nhiều phương pháp khác nhau.

II. CÁC PHƯƠNG PHÁP THĂM DÒ THƯỜNG ÁP DỤNG

1. Bơm hơi tử cung - vòi trứng

Phương pháp thăm dò này nhằm đánh giá vòi trứng thông hay tắc, bằng cách bơm khí CO_2 vào tử cung để cho thoát ra hai vòi trứng, kiểm tra kết quả qua biểu đồ ghi áp lực của hơi trong buồng tử cung và nghe trực tiếp qua thành bụng tiếng khí thoát qua vòi vào ổ bụng.

2. Chụp tử cung - vòi trứng

Là phương pháp chụp hình ảnh buồng tử cung - vòi trứng sau khi bơm vào đó một chất cản quang (dung dịch iod tan trong dầu hay trong nước). Phương pháp này cho ta thấy hình ảnh buồng tử cung và vòi trứng lúc bình thường và những biến dạng của nó trong trường hợp bệnh lý.

3. Siêu âm

Siêu âm là nhìn hình ảnh tức thì (real - time), là phương pháp thăm dò chính trong phụ khoa. Nó được sử dụng nhiều để phát hiện các khối u ở tử cung, ổ buồng trứng, các dị dạng đường sinh dục v.v... Từ khi có siêu âm, các chỉ định chụp X quang trong phụ khoa đã giảm đi nhiều. Người ta sử dụng siêu âm để theo dõi sự phát triển các nang noãn trưởng thành, hoặc chọc thăm dò, sinh thiết buồng trứng qua hướng dẫn của siêu âm.

4. Soi ổ bụng

Là phương pháp soi trực tiếp vào khoang bụng sau khi đã bơm hơi vào đó để quan sát các tổn thương. Phương pháp này được phát triển rộng rãi từ

năm 1942, sau khi người ta biết cách di động thân tử cung để nhìn rõ phía sau và hai bên tử cung, vị trí của vòi và buồng trứng, khi soi có thể kết hợp làm sinh thiết để xác định tổn thương.

5. Ghi nhiệt độ vòng kinh

Đây là loại thăm dò đơn giản để xác định chức năng buồng trứng. Người ta ghi chính xác nhiệt độ cơ thể vào buổi sáng trong một chu kỳ kinh rồi vẽ thành đường biểu diễn. Qua đó người ta có thể đánh giá chu kỳ kinh có rụng trứng (có giai đoạn nhiệt độ dưới 37°C và một giai đoạn nhiệt độ trên 37°C).

6. Tế bào âm đạo

Dịch tiết của đường âm đạo thường có các tế bào của âm đạo, cổ tử cung và tử cung bong ra, tập hợp ở đó. Người ta lấy dịch tiết phết lên kính làm biểu đồ. Tùy theo vị trí (lấy ở cùng đồ âm đạo, ở buồng - cổ tử cung), cách nhuộm, người ta có thể:

- Đánh giá tình trạng nội tiết của buồng trứng trong một vòng kinh (vì biểu mô lát tầng của âm đạo thay đổi theo tình trạng nội tiết).
- Tìm những tế bào ung thư đường sinh dục trong đó, chủ yếu là ung thư cổ tử cung.
- Niêm dịch của cổ tử cung thay đổi một cách chu kỳ dưới tác dụng của nội tiết tố buồng trứng. Đo độ dai của niêm dịch (hay độ kéo sợi), độ kết tinh của nó, người ta có thể đánh giá vòng kinh có rụng trứng và tính chất nội tiết của buồng trứng v.v...

7. Soi cổ tử cung

Dùng máy soi để phóng đại các tổn thương ở cổ tử cung qua đó chọn những vùng cần sinh thiết để xác định mô bệnh học.

8. Sinh thiết cổ tử cung

Nhằm xem tình trạng bệnh học của cổ tử cung (CIN1, CIN2, CIN3, K trong biểu mô để có xử trí đúng).

9. Sinh thiết niêm mạc tử cung

Dùng bơm tiêm Novak hay nạo bằng thìa cùn để lấy niêm mạc buồng tử cung làm xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

Phương pháp thăm dò này cho biết hoạt động của buồng trứng cũng như những đáp ứng của niêm mạc tử cung với các nội tiết tố. Đồng thời nó còn phát hiện những tình trạng bệnh lý khác của niêm mạc tử cung: viêm nhiễm, quá sản, ung thư...

10. Định lượng các nội tiết tố của buồng trứng

Lượng trung bình của các chất NTT buồng trứng theo kỹ thuật ELISA:

Tên xét nghiệm giới hạn bình thường	FSH IU/l	LH IU/l	Prolactin ,U/l	Oestradiol p mol/l	Progesteron u.mol/l	Testosteron u.mol/l
Đỉnh rụng trứng	9,9-32	15-76	22-406	560-870		< 0,35 - 3,33
G. đoạn hoàng thể				180-630	30-176	

11. Định lượng hCG

HCG là loại kích dục tố rau thai tiết ra (trong khi có thai) hoặc do các tế bào nuôi ác tính (trong ung thư tế bào nuôi) sinh ra.

Người ta có thể dùng huyết thanh hay nước tiểu người phụ nữ có thai hay có bệnh để định lượng bằng các phản ứng sinh vật (Galli - Mainini, Brouha) hay miễn dịch. Phương pháp thăm dò này có thể đánh giá chức năng rau, thai sống hay là chết, tình trạng bệnh nặng hay nhẹ (trong ung thư tế bào nuôi). Phương pháp miễn dịch với kháng nguyên là β HCG đã cho kết quả đặc hiệu không có phản ứng chéo với LH, FSH.

KINH NGUYỆT ĐAU

Đau bụng khi có kinh, có thể xuất hiện trước khi có kinh hoặc trong những ngày có kinh. Nói chung người phụ nữ khi có kinh đều có cảm giác đau, khó chịu, nhưng chỉ gọi là đau bụng kinh khi triệu chứng đó làm bệnh nhân khó chịu và ảnh hưởng đến lao động.

I. NGUYÊN NHÂN

1. Nguyên phát

a. *Nguyên nhân cơ năng*: thường gặp ở những người con gái không có tổn thương ở bộ phận sinh dục, nhưng sinh dục phụ không phát triển, người cao và gầy hoặc có yếu tố tâm thần quan trọng.

b. *Nguyên nhân nội tạng*: nhiễm khuẩn ở tử cung và phần phụ (thường do lao). Tật bẩm sinh ở tử cung (tử cung đôi, hai sừng hay một sừng, tử cung nhỏ không phát triển). Buồng trứng xơ và nang hóa.



2. Thứ phát

a. *Viêm sinh dục*: chủ yếu là viêm cùng đồ Douglas, viêm các dây chằng rộng, viêm cổ tử cung thành nang.

b. *Những cản trở cơ giới làm kinh không ra được dễ dàng*: cổ tử cung nhỏ, dính, tử cung gặp trước hay sau nhiều.

c. *Khối u sinh dục*: u xơ dưới niêm mạc, lạc nội mạc tử cung.

II. TRIỆU CHỨNG

– Bệnh nhân có thể đau sớm, vài giờ trước khi có kinh và giảm đi khi huyết kinh bắt đầu ra, hoặc trong suốt thời gian có kinh vẫn đau, hoặc ngày thứ 3-4 của thời kỳ có kinh mới đau.

– Đau có thể âm ỉ hay từng cơn, có thể chỉ khu trú ở vùng hạ vị, hai hố chậu, ở vùng thắt lưng hay lan xuống hai chi dưới.

– Huyết kinh ra ít hay nhiều ngay từ ngày đầu.

– Có thể có triệu chứng như nôn oẹ, nhức đầu...

III. ĐIỀU TRỊ

1. Phải tìm nguyên nhân chính gây nên đau bụng kinh để giải quyết

- Do các khối u ở tử cung hay buồng trứng: cắt bỏ.
- Do cổ tử cung nhỏ: nong cổ tử cung.
- Eo tử cung bị thắt: cho thuốc chống co thắt như papaverin, spasmaverin, buscopan (N - butyl - hyoscin), spasfon.
- Tử cung lệch vị trí: mổ đặt lại tư thế tử cung.
- Vách ngăn tử cung: cắt bỏ vách ngăn.
- Viêm nhiễm tử cung và phần phụ: điều trị chống viêm.
- Tử cung nhỏ, dùng nội tiết tố để tăng cường sự phát triển tử cung.
- Lạc nội mạc tử cung: dùng thuốc hay mổ

2. Nếu không tìm ra nguyên nhân thì phải điều trị triệu chứng

- Dùng các thuốc giảm đau: aspirin, paracetamol, nếu cần thiết có thể dùng morphin.
- Dùng thuốc ức chế prostaglandin.
- Dùng thuốc chống co thắt: papaverin, spasmaverin, buscopan, spasfon.



- Dùng các thuốc an thần: bromur natri hay kali, seduxen.
- Dùng Decapeptyl 3,75mg (triptorelin) hay Zoladex 3,60mg (goserelin) để ức chế vùng dưới đồi tuyến yên làm thoái triển các TB của khối lạc NMTC điều trị lạc nội mạc tử cung.

3. Nếu không tìm ra nguyên nhân và điều trị bằng thuốc không có kết quả thì có thể dùng các cách sau:

- Ức chế phóng noãn để giảm đau: dùng các loại viên thuốc tránh thai nhằm ức chế rụng trứng để làm giảm đau bụng kinh.
- Cắt dây thần kinh trước xương cùng, (thủ thuật Cotte): đó là biện pháp cuối cùng nhưng không tốt.

XUẤT HUYẾT TRONG PHỤ KHOA

Xuất huyết là triệu chứng thường gặp và quan trọng trong triệu chứng học phụ khoa. Khi người ta nói xuất huyết trong phụ khoa là muốn nói nguồn gốc chảy máu từ các tạng của bộ phận sinh dục, âm hộ, âm đạo và tử cung.

Sự xuất huyết có thể xảy ra lúc có kinh làm cho chu kỳ kinh ngắn lại (đa kinh), hay làm cho số ngày có kinh hoặc số lượng kinh tăng lên (thịnh kinh hay cường kinh). Có khi sự xuất huyết lại xảy ra ngoài thời kỳ có kinh chính thức (băng huyết).

I. NGUYÊN NHÂN

1. Do nguyên nhân thực thể

- Ở trẻ mới đẻ: vài ngày sau đẻ, trẻ gái có thể ra huyết ở âm hộ là do lượng estrogen giảm (từ mẹ truyền sang).
- Ở tuổi thiếu niên: có thể có kinh sớm, do u ở thận, ở não, ở buồng trứng.
- Ở tuổi thành niên: có thể cường kinh hay thịnh kinh do thay đổi điều kiện sinh hoạt, thể thao quá mức, bệnh nội khoa (máu). Có thể băng huyết do khối u buồng trứng. Có thể do dọa sảy thai, sảy thai sót rau, chửa ngoài tử cung hoặc là bệnh ở bộ phận sinh dục: viêm tử cung, u xơ tử cung, polyp tử cung, ung thư cổ tử cung.
- Ở tuổi mãn kinh: do quá sản niêm mạc tử cung, ung thư cổ và thân tử cung, polyp tử cung.



2. Do những nguyên nhân cơ năng

Những trường hợp xuất huyết cơ năng là những trường hợp không có những tổn thương thực thể ở bộ phận sinh dục. Thường dựa vào kết quả nạo sinh thiết buồng tử cung để chẩn đoán và xử trí.

- Có quá sản niêm mạc tử cung: khi có quá sản niêm mạc tử cung, thường tỷ lệ estrogen trong máu cũng tăng lên, nhưng khi lượng estrogen đột ngột xuống thì gây ra xuất huyết. Sự xuất huyết có thể xảy ra dưới các dạng; đa kinh, cường kinh hay băng huyết thực sự.

Ngoài những tổn thương có thể có ở buồng trứng như nang bọc phẩm, buồng trứng xơ và nang hóa, còn có nhiều trường hợp không tìm ra nguyên nhân.

- Không có quá sản niêm mạc tử cung: khi không có quá sản niêm mạc tử cung, sự xuất huyết có thể là do sự co bóp của lớp cơ kém nên không cầm được máu, do thiếu năng tuyến vàng làm cho niêm mạc tử cung thiếu progesteron hoặc do teo niêm mạc tử cung.

II. XỬ TRÍ

1. Với các loại xuất huyết do nguyên nhân thực thể

Tùy theo từng trường hợp mà điều trị theo nguyên nhân gây nên xuất huyết.

- Với các loại khối u lành hay ác tính: cắt bỏ
- Do viêm nhiễm: điều trị kháng sinh

2. Với các loại xuất huyết do nguyên nhân cơ năng

- Nếu huyết ra ít; có thể dùng các thuốc đông y có tác dụng điều chỉnh kinh nguyệt: thanh đại, ngải cứu, hương phụ...

- Nếu ra huyết nhiều:

- + Nạo bỏ toàn bộ lớp niêm mạc tử cung để cầm máu (bằng nạo buồng tử cung)

- + Hoặc có thể loại bỏ lớp niêm mạc tử cung một cách nhanh và đều, bằng cách dùng progesteron 20mg x 3-4 ngày liên. Máu sẽ cầm nhanh sau khi ngừng thuốc và sẽ ra kinh như bình thường, rồi sau đó sẽ cầm hẳn. Có thể kết hợp với các loại thuốc co bóp tử cung như oxytocin, methergin, để giúp cho máu ra ít trong khi chờ đợi tác dụng của nội tiết tố.

- + Có thể dùng thuốc viên tránh thai kết hợp để điều trị.

- Ngày uống 1 viên x 2 đến 3 lần cho đến khi cầm máu.
- Sau đó uống duy trì với liều 1 viên 1 ngày cho đủ 21 ngày.

- + Với những trường hợp ra huyết kéo dài, gây thiếu máu nặng, cần gấp rút truyền máu để bù lại khối lượng tuần hoàn và số lượng hồng cầu bị mất.



SA SINH DỤC

Sa sinh dục là một tật mắc phải ở những phụ nữ do các phần của bộ phận sinh dục tụt thấp khỏi vị trí ban đầu.

I. CƠ CHẾ

1. Bình thường tử cung được giữ tại chỗ do

- Tử cung ở tư thế gấp trước, trục tử cung và âm đạo không song song với nhau, nên dưới áp lực trong ổ bụng nó không bị sa xuống.
- Các dây chằng (tròn, rộng, tử cung - cùng) và tổ chức xơ dưới phúc mạc, quanh cổ tử cung giữ cho tử cung không bị tụt xuống.
- Tầng sinh môn với các cơ và nhân xơ trung tâm giữ cho thành âm đạo không bị sa xuống.

2. Sa sinh dục có thể gặp ở những phụ nữ chưa hay đã sinh đẻ

- Ở người chưa sinh đẻ: do thể trạng yếu, các dây chằng mỏng yếu, tử cung ở tư thế trung gian nên khi có áp lực mạnh ở trong ổ bụng sẽ đẩy tử cung sa dần xuống.
- Ở người đã sinh đẻ nhiều: các dây chằng đã giãn mỏng, tử cung đổ sau (cùng trục với âm đạo), tầng sinh môn bị rách hay giãn mỏng, dưới sự tăng áp lực ở ổ bụng thành âm đạo bị sa và kéo tử cung sa theo.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

Hầu như không có, đôi khi có đái khó hay đái són hoặc táo bón.

2. Khám thấy

- Cổ tử cung bị tụt thấp, kéo âm đạo lên theo như chiếc bao tay.
- Cổ tử cung phì đại, có khi có loét, eo tử cung bị kéo dài.
- Lớp niêm mạc bị sừng hóa do cọ sát, khô và dày.
- Tầng sinh môn có vết rách cũ.
- Thành âm đạo sa kèm theo sa cả bàng quang, trực tràng (đôi khi có các quai ruột non sa với cùng đồ sau).



3. Tùy theo mức độ sa của cổ tử cung để chia thành các độ như sau

- Độ I: cổ tử cung tụt thấp trong âm đạo.
- Độ II: cổ tử cung chạm thò ở âm hộ.
- Độ III: cổ tử cung sa hẳn ra ngoài âm hộ.

III. TIẾN TRIỂN

Sa sinh dục càng để lâu không xử trí thì càng sa nhiều hơn. Tiến triển nhanh hay chậm tùy theo mức độ lao động, tuy không ảnh hưởng đến khả năng lao động và sinh hoạt bình thường.

IV. ĐIỀU TRỊ VÀ DỰ PHÒNG

1. Dự phòng

- Tránh sinh đẻ nhiều lần, khi đỡ đẻ không để chuyển dạ lâu, kéo dài, không để rách tầng sinh môn mà không khâu (nên cắt tầng sinh môn nếu tiên lượng thai sổ khó).
- Tránh lao động quá sức.

2. Điều trị

- Với những người còn trẻ và sa ít, những người đã già (trên 60 tuổi) có thể đặt dụng cụ nâng tử cung (pessaire).
- Với những người đã có con, sức khỏe cho phép, có thể giải quyết bằng phẫu thuật, tùy theo tuổi và số lần đẻ, mức độ sa sinh dục mà quyết định những phương pháp phẫu thuật thích hợp: cắt cột cổ tử cung, cắt tử cung đường âm đạo và làm lại thành âm đạo và tầng sinh môn (phương pháp Crossen, Campell).
- Ngày nay người ta còn dùng 1 chất liệu tổng hợp (micromesh) khâu dính vào eo sau tử cung để treo tử cung vào móm nhô, nhằm nâng tử cung về vị trí cũ của nó, đồng thời làm trực TC ngã trước như lúc chưa đẻ, để điều trị sa sinh dục cho mọi loại đối tượng.

VIÊM ÂM HỘ - ÂM ĐẠO

Viêm âm hộ - âm đạo là một tổn thương thường gặp trong viêm nhiễm sinh dục, có hai hình thái: cấp tính và mạn tính.

I. VIÊM CẤP TÍNH

– Thường xuất hiện một cách ồ ạt, trên những bệnh nhân còn ở lứa tuổi sinh đẻ, ở thiếu nữ mới lấy chồng, sau giao hợp có sang chấn và nhiễm khuẩn. Chỉ một hay hai ngày sau khi giao hợp, bệnh nhân thấy nóng và đau ở âm hộ, âm đạo kèm theo đái dắt, đái buốt và ra khí hư nhiều.

Thăm khám thực thể thấy âm hộ sưng đỏ, ở các khe giữa môi nhỏ và môi lớn cũng như giữa môi nhỏ và màng trinh có nhiều khí hư trắng hay vàng. Viêm tiền đình, lỗ niệu đạo và âm đạo sưng đỏ, chạm vào rất đau nên thường không đặt được mỏ vịt, các tuyến quanh âm hộ như Skene và Bartholin thường cũng bị viêm sưng to, nắn đau, hai bên bẹn có nhiều hạch sưng, to, nắn đau.

– Xử trí

+ Nuôi cấy mủ để tìm chủng vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ, có thể nhuộm ngay để tìm vi khuẩn lậu.

+ Rửa sạch vùng âm hộ, âm đạo hàng ngày, dùng kháng sinh toàn thân.

II. VIÊM MẠN TÍNH

– Viêm âm hộ mạn tính: ít gặp, thường chỉ gặp ở những người già sau khi viêm âm đạo mạn tính lâu ngày không xử lý tốt người có cơ địa bị đái đường.

Nó thường biểu hiện dưới hình thái những vết nhỏ, thường ở vùng quanh mặt ngoài môi lớn, hoặc hình thái có những vùng da khô, dày, có những vết xước do gãi, có những vảy mỏng che phủ.

Xử trí.

– Điều trị tốt các viêm âm đạo mạn tính, điều trị theo nguyên nhân gây bệnh và cho dùng thêm nội tiết tố sinh dục loại estrogen đặt tại chỗ.

+ Làm vệ sinh hàng ngày vùng âm hộ, dùng kháng sinh tại chỗ.

– Viêm âm đạo mạn tính: thường gặp hơn ở viêm âm hộ mạn tính. Có thể do tạp khuẩn, trichomonas hay do nấm. Cũng có thể do dị vật đặt lâu trong đó gây bệnh.

+ Triệu chứng cơ năng hầu như không có, trừ trường hợp ra nhiều khí hư làm bệnh nhân khó chịu nên đi khám và phát hiện được bệnh. Đặt mỏ vịt thấy âm đạo đỏ, hơi phù và có nhiều khí hư bao phủ. Khí hư màu vàng và loãng trong trường hợp có tạp khuẩn; có bọt nếu do trichomonas và như bột nếu do nấm (thì âm đạo có màu tím). Muốn xác định chính xác các nguyên nhân gây viêm âm đạo cần phải làm xét nghiệm vi khuẩn học.

+ Xử trí

Làm thuốc âm đạo hàng ngày bằng dung dịch (thuốc vệ sinh phụ nữ hay dung dịch acid lactic 1% (riêng loại viêm do nấm nên thụt rửa bằng dung dịch natri bicarbonat).

– Đặt kháng sinh tại chỗ nếu do tạp khuẩn: polygynax, biseptol, colposeptin, tergynan.

– Đặt flagyl nếu do trichomonas.

– Đặt nystatin, gyno- pevaryl, canesten, lomexin trong 15 ngày, nếu do nấm (hoặc uống diflucan 150mg, 1 viên 1 ngày trong 2 ngày liên).

VIÊM TUYẾN BARTHOLIN

Viêm tuyến Bartholin là một biến chứng thường xảy ra sau viêm âm hộ cấp tính mà không được điều trị tốt ngay từ đầu. Có hai hình thái: viêm cấp và viêm mạn.

I. VIÊM CẤP TÍNH

Thường do lậu cầu khuẩn gây nên, nhưng cũng có khi do các vi khuẩn khác như coli, liên cầu khuẩn, tụ cầu khuẩn.

1. Triệu chứng

– Thường có triệu chứng viêm âm hộ cấp tính trước đó, đau vùng âm hộ, nóng, đôi buốt.

– Sau đó bệnh nhân sốt đột ngột, có thể sốt cao, bạch cầu tăng.

– Ít ngày sau khi có triệu chứng làm mủ tại chỗ (nắn thấy lòng nhùng), khi ấn vào vùng sưng có một vài giọt mủ rỉ ra ở lỗ tuyến Bartholin.



2. Điều trị

- Dùng kháng sinh toàn thân: cephalosporin thế hệ 2 hay 3 kết hợp gentamycin hoặc các loại kháng sinh khác tùy theo kháng sinh đồ, nuôi cấy dịch mủ.
- Chích rộng tuyến cho thoát mủ ra, tránh để vỡ tự nhiên vì sẽ gây lở rò, chèn 1 gạc nhỏ trong vài ngày, đầu để dẫn lưu mủ, khâu lộn mép vết rách để tránh vết rách bị bít lại mủ không ra hết được.

II. VIÊM MẠN TÍNH

Là hậu quả của viêm cấp tính không được điều trị triệt để.

1. Triệu chứng

- Không có triệu chứng nhiễm khuẩn: sốt, đau.
- Chỉ thấy có khối u một bên âm hộ làm cho môi lớn sưng to lên, thỉnh thoảng có mủ chảy ra.
- Có những đợt khối u căng to, nắn đau, rỉ nước vàng đục như mủ, sau đó khối u giảm đi và không đau nữa.

2. Điều trị

- Là một ổ nhiễm khuẩn, không nên điều trị khỏi bằng phương pháp nội khoa, mà phải phẫu thuật để cắt bỏ toàn bộ tuyến đó, sau khi đã làm nguội ổ viêm bằng kháng sinh, nếu không cắt bỏ hết được xử trí như đã mô tả ở phần viêm cấp.
- Nếu viêm do lậu cầu khuẩn cần phải chú ý phòng lây lan sang người khác: tránh giao hợp, quần áo, chậu vệ sinh, chăn chiếu phải dùng riêng và khử khuẩn sau khi dùng.

VIÊM PHẦN PHỤ

Là một hình thái viêm nhiễm sinh dục được khu trú ở vòi trứng, buồng trứng và dây chằng rộng.

Viêm phần phụ là một bệnh thường gặp ở nước ta, có thể xuất hiện dưới hình thức cấp tính hay mạn tính.

I. NGUYÊN NHÂN

- Nhiễm khuẩn do khuẩn lậu.
- Nhiễm khuẩn sau sấy, đẻ, do vi khuẩn thường.
- Sau thủ thuật ở tử cung và cổ tử cung: nong cổ tử cung đốt điện.
- Sau chụp buồng tử cung, vòi trứng.
- Sau bơm hơi vòi trứng.

II. TRIỆU CHỨNG

1. Viêm cấp tính

- Bệnh nhân đau ở vùng hạ vị, xuyên lên rốn, bụng hơi trướng.
- Đau ở cả hai bên hố chậu, nhưng thường là một bên đau nhiều hơn.
- Có khi bệnh nhân nôn và đi ngoài như kiết lỵ.
- Sốt từng cơn hoặc cao liên miên, bạch cầu và tốc độ lắng máu tăng.
- Nắn hai bên hố chậu đau, có khi phản ứng nhẹ.
- Khám qua âm đạo thấy một khối, bờ không rõ, nắn đau, không di động được.

2. Viêm mạn tính

- Đau vùng hạ vị hai bên hố chậu, có thể đau lan ra vùng thượng vị hay hạ sườn, đi lại làm việc thì tăng lên, nằm nghỉ thì đỡ đau.

Ra khí hư như mủ (từ vòi trứng ra).

- Kinh nguyệt rối loạn: ra kinh nguyệt nhiều và chu kỳ ngắn lại.
- Trong thời kỳ rụng trứng có dấu hiệu đau, ra khí hư và huyết.
- Sốt nhẹ về chiều.
- Thăm khám âm đạo thấy tử cung ít di động, nắn đau, bên cạnh tử cung có thấy một khối ranh giới không rõ, nắn đau hoặc có một đường rắn và nắn đau, hoặc cùng đồ bị cứng kéo tử cung lệch một bên, nắn đau.
- Siêu âm qua đường âm đạo có thể thấy vòi trứng bị tắc, phình to hay ứ nước vòi trứng.

III. BIẾN CHỨNG

1. Áp xe vòi trứng

Bệnh nhân bị sốt cao dao động, bạch cầu tăng cao, khối u căng to, đau, sờ có cảm giác lùng nhùng.



2. Ứ nước vòi trứng

Thường là hậu quả của viêm mạn tính gây tắc từng đoạn vòi trứng. Nếu to có thể sờ thấy, nếu nhỏ thì phải chụp X quang mới rõ.

3. Viêm phúc mạc tiểu khung

Là biến chứng ít gặp, bệnh nhân sốt cao, đau lan khắp vùng hạ vị và hai hố chậu, nắn có phản ứng, bụng hơi trướng.

4. Tắc vòi trứng

Là hậu quả hay gặp, sau một thời gian viêm các nếp gấp của niêm mạc vòi trứng do dịch xuất tiết bị dính lại gây tắc vòi trứng, bệnh nhân không có khả năng thụ thai.

IV. XỬ TRÍ

Điều quan trọng là nên xử trí tốt các trường hợp viêm cấp tính, nếu không nó sẽ chuyển sang viêm mạn tính làm cho tổn thương trở thành vĩnh viễn, bệnh nhân mất khả năng sinh đẻ.

1. Viêm cấp tính

- Dùng kháng sinh với các kháng sinh mới, phổ rộng (cephalosporin, fluoroquinolon, chymotrypsin, corticoid....), liều cao nếu sau 3 ngày sốt và đau không giảm, khối nề không nhỏ đi thì có thể có khối mủ ở vòi trứng.

- Cho nằm nghỉ tại chỗ, chườm đá nếu đau nhiều

- Nếu trở thành áp xe hay viêm phúc mạc khu trú ở tiểu khung thì nên xác định bằng siêu âm, sau đó mổ nội soi hút mủ vòi trứng và rửa vòi trứng ổ bụng rồi điều trị kháng sinh tiếp tục.

2. Viêm mạn tính

- Nằm nghỉ tại chỗ, chườm lạnh nơi đau.

- Dùng kháng sinh toàn thân (nếu đang viêm tấy) với các kháng sinh mới, phổ rộng: cephalosporin, fluoroquinolon.

- Điều trị lý liệu pháp: dùng sóng ngắn, bó nắn.

- Nếu điều trị nội khoa lâu mà không có kết quả, bệnh nhân đã có tuổi, có thể đặt vấn đề cắt 2 vòi trứng qua nội soi, nếu bệnh nhân chưa có con thì sau đó sẽ làm thụ tinh qua ống nghiệm.

U XƠ CƠ TỬ CUNG

Là loại u lành mọc từ lớp cơ tử cung, gồm hai loại mô là: mô liên kết và mô cơ. Đó là loại u gặp khá phổ biến ở phụ nữ, nhất là ở những người không có con hay sinh đẻ ít, có những dấu hiệu lâm sàng rõ rệt, gặp ở tuổi 40-50. Nguyên nhân gây bệnh là do một sự rối loạn nội tiết: sự tăng tiết estrogen kéo dài gây nên.

I. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng

- Ra huyết là triệu chứng đầu tiên và thường gặp. Phần lớn ra huyết dưới dạng cường kinh (huyết ra nhiều trong mỗi ngày và nhiều ngày trong một chu kỳ hành kinh), có khi dưới dạng đa kinh (nhiều lần có kinh trong một chu kỳ kinh).
- Máu ra màu đỏ tươi, loãng.
- Ra khí hư nhiều, loãng, sau những ngày có kinh.
- Đau vùng hạ vị, thường do khối u chèn ép vào các tạng lân cận hay khi có nhiễm khuẩn kèm theo ở vòi trứng, buồng trứng.
- Thăm khám có thể thấy tử cung to, mật độ rắn, lồi lõm không đều do các nhân xơ nổi gồ lên bề mặt tử cung. Nếu khối u xơ to quá ta có thể sờ thấy được qua nắn bụng, nếu khối u nhỏ thường phải khám qua âm đạo, khối u bao giờ cũng di động cùng với tử cung.
- Chụp buồng tử cung sau khi uống thuốc cản quang thấy buồng tử cung to, biến dạng, nhưng niêm mạc tử cung nhẵn đều.
- Siêu âm có thể thấy và đo kích thước các nhân xơ cũng như tử cung.

2. Các hình thái

- Khối u dưới phúc mạc: ở nông dưới lớp phúc mạc tạng, phủ lớp cơ tử cung, lồi vào trong ổ bụng, có khi có cuống như một nang buồng trứng, tiến triển chậm, ít khi có triệu chứng cơ năng.
- Khối u kẽ: mọc giữa lớp cơ, làm buồng tử cung biến dạng, khối u to nhanh, có dấu hiệu cơ năng: ra huyết, đau do chèn ép.
- Khối u dưới niêm mạc: thường có cuống và lồi vào trong buồng tử cung hay âm đạo dưới hình thái polyp.

3. Biến chứng

- Chảy máu nhiều làm bệnh nhân thiếu máu mạn tính.



– Nhiễm khuẩn: thường gây viêm phần phụ dính và đau. Với loại bướu dưới niêm mạc cũng có thể gây nhiễm khuẩn tại khối u, nhất là khi tụt vào âm đạo.

– Xoắn u: nếu khối u có cuống, thường gặp ở loại dưới phúc mạc.

– Phát triển ung thư: thường dưới dạng leiomyom, biểu hiện bằng triệu chứng khối u to nhanh, mềm, máu ra nhiều, có khi lẫn mủ.

– Suy thận: do u to chèn ép vào niệu quản gây ứ nước ở thận do teo thận.

4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phải chẩn đoán phân biệt với:

– Có thai: các u xơ thường mềm, phải làm định lượng hCG.

– U nang buồng trứng: di động biệt lập với tử cung, chụp buồng tử cung thấy tử cung vẫn bình thường.

II. XỬ TRÍ

– Nếu khối u nhỏ, tiến triển chậm, ra máu ít, có thể điều trị thuốc nội tiết tố sinh dục tổng hợp (lutényl, orgametril 10mg một ngày, từ ngày 14 đến 24 của vòng kinh).

– Các trường hợp khác nên chỉ định phẫu thuật. Nếu bệnh nhân còn trẻ, khối u đơn độc, ở dưới phúc mạc hay nằm giữa lớp cơ thì có thể bóc nhân xơ và sau đó khâu cầm máu. Có thể dùng chất đồng vận Gn - Rh (Decapeptyl 3,75mg hoặc Zoladex 3,6mg, tiêm bắp hoặc cấy dưới da bụng mỗi tháng 1 lần, trong 3 tháng liên, để cầm máu và giảm thể tích nhân xơ, sau đó mổ bóc nhân xơ dễ dàng và có hiệu quả hơn. Nếu bệnh nhân đã có tuổi (trên 40 tuổi), nhân xơ to, nhiều nhân, hoặc nằm dưới niêm mạc thì nên cắt tử cung. Nếu không có tổn thương ở cổ tử cung, thì chỉ nên cắt tử cung bán phần. Buồng trứng chỉ nên cắt bỏ khi bệnh nhân đã quá tuổi mãn kinh.

– Có thể dùng biệt dược Crila (từ lá cây Trinh nữ hoàng cung) để làm nhỏ khối u.

– Có thể gây tắc mạch (động mạch nuôi khối u) qua đặt ống thông đưa từ động mạch đùi lên.

KHỐI U BUỒNG TRỨNG

Khối u buồng trứng là loại thường gặp nhất trong các khối u ở đường sinh dục phụ nữ. Buồng trứng là một bộ phận có nhiều mô bào thai, dễ dàng tiến triển thành khối u, do đó về nguyên ủy thì rất phức tạp, nhưng về phương diện lâm sàng người ta thường chia làm hai loại: loại nang và loại u thể đặc. Loại nang chiếm tuyệt đại đa số của các u buồng trứng và thường là lành tính, loại u đặc chiếm tỷ lệ nhỏ và có đến 50% là ác tính.

I. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng

– Chẩn đoán một khối u buồng trứng không có gì khó khăn, nhưng chẩn đoán khối u buồng trứng ác tính sớm thì không dễ.

– Với khối u còn nhỏ, người ta thường phát hiện được một cách tình cờ qua thăm khám phụ khoa hay siêu âm.

– Nếu khối u còn nhỏ; khi khám qua âm đạo thấy khối u biệt lập với tử cung, bờ rõ rệt, di động hay dính với tử cung.

– Nếu khối u to: có thể khám thấy qua nắn bụng, khối u có thể ở vùng hạ vị hay chiếm cả ổ bụng, rắn hay mềm (tùy loại nang hay thể đặc), nhẵn hay lồi nhồn nhiều thùy, có thể di động hay không di động được.

– Người ta có thể chụp X quang không chuẩn bị để tìm vết vôi hóa, hoặc hình xương (trong nang bì), hoặc chụp X quang sau khi bơm thuốc cản quang vào tử cung và vòi trứng, lúc đó thấy vòi trứng bị kéo dài hay thuốc cản quang bao quanh khối.

– Với khối u nhỏ, người ta có thể xác định qua soi ổ bụng để phân biệt với ứ nước vòi trứng, viêm phần phụ, chửa ngoài tử cung v.v...

– Với khối u lớn, loại nang nước, người ta có thể rút bớt nước nang và bơm oxy vào, để chẩn đoán phân biệt với cổ tử cung: hình ảnh liềm hơi sẽ bị khu trú dưới lớp vỏ nang.

– Với những khối u nghi ác tính, người ta có thể chọc dò túi cùng sau, bơm vào đó 20ml dung dịch natri clorur 9% để rửa, sau đó hút ra ly tâm tìm tế bào ung thư.

Tìm các chất đánh dấu khối u (α foeto -protein, HCG, CA 125).



2. Chẩn đoán phân biệt

Trên lâm sàng, để phân biệt một khối u có thể là ác tính, người ta thường dựa vào một số triệu chứng:

- Tuổi: bệnh nhân rất trẻ hay sau mãn kinh thường là ác tính.
- Thể trạng: suy sụp nhanh.
- Kinh nguyệt rối loạn.
- Có triệu chứng đau: do chèn ép hay lan tràn của khối u.
- Khối u không di động, có cổ trưởng, ngoài khối u chính còn sờ thấy các khối u ở nơi khác trong ổ bụng.

Khi làm SA thấy u có vỏ dày, vách dày có phần đặc. Doppler màu có nhiều mạch máu trên lớp vỏ phải nghi ngờ ác tính, cần can thiệp sớm.

3. Biến chứng

- Xoắn nang: những u buồng trứng có khối lượng trung bình (đường kính trên dưới 10cm), cuống dài hay bị xoắn.

Biến chứng thường xảy ra đột ngột sau khám phụ khoa, sau khi lao động, đi tàu xe bị xóc nhiều, sau đẻ, cũng có khi không thấy nguyên nhân gây xoắn. Triệu chứng xuất hiện có tính chất cấp tính.

+ Đau bụng: xuất hiện đột ngột, dữ dội và liên tục, thỉnh thoảng đau dội lên.

+ Toàn thân có dấu hiệu sốc: mặt tái xanh, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp hạ.

+ Nắn bụng đau, có phản ứng.

+ Thăm âm đạo: tử cung bình thường, bên cạnh có một khối u tròn, nắn đau, nhất là vùng cuống.

+ Nếu xoắn bán cấp thì ít đau hơn, dấu hiệu sốc cũng không rõ và sau khi cho thuốc giảm đau thì bệnh nhân đỡ, nhưng không hết hẳn, còn kéo dài nhiều ngày.

- Nếu không điều trị ngay có thể xuất hiện chảy máu trong nang hay vỡ nang.

- Nhiễm khuẩn: bệnh nhân có sốt, nang có vẻ to ra, nắn đau.

- Ung thư hóa: với những khối u loại nang (trừ nang bì) có thể trở thành ung thư cùng loại. Do đó, nên cắt bỏ nang một khi đã phát hiện được (khi đường kính u trên 5cm).

II. XỬ TRÍ

Với những u buồng trứng lành tính, phẫu thuật cắt bỏ khối u là đủ, nhưng vỡ u buồng trứng ác tính cần phối hợp điều trị các phương pháp khác như quang tuyến liệu pháp hay hóa liệu pháp.

1. Phẫu thuật

– Nếu khối u thuộc loại nang thường: là lành tính (nếu không bị dính, mạch máu nhiều, có hạt nhỏ rải rác trên bề mặt, chạm vào chảy máu, hoặc trong lòng nang có mô đặc, sùi, mủn nát) thì chỉ cần cắt bỏ nang. Khi nghi ngờ ác tính phải sinh thiết buồng trứng đối diện, gửi cùng khối u đi làm xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

– Nếu khối u thể đặc: sau khi cắt bỏ nên bỏ đôi khối u ra để xem, nếu có những ổ hoại tử hay có hốc thì phải cắt lạnh để làm xét nghiệm giải phẫu bệnh lý và dựa vào đó mà xử trí. Khi không có điều kiện cắt lạnh, nên dựa vào tuổi tác của bệnh nhân và số lần đẻ mà quyết định cắt bỏ khối u hay cả tử cung và buồng trứng bên kia, một khi nghi ngờ ác tính. Phải sinh thiết buồng trứng đối diện nếu nghi ngờ u ác tính.

– Trong trường hợp không rõ ràng, chỉ cắt bỏ khối u, sau đó nếu kết quả giải phẫu bệnh lý trả lời là ác tính, thì phải mổ lại để cắt bỏ tử cung và buồng trứng đối diện cùng với mạc nối lớn.

2. Quang tuyến và hóa liệu pháp phối hợp

– Nếu ung thư chỉ khu trú ở buồng trứng thì chỉ cần phẫu thuật cắt bỏ là đủ. Nhưng nếu có cổ tử cung và nước cổ tử cung có tế bào ung thư, hoặc lan ra tử cung, vòi trứng hoặc ở phúc mạc, thì cần phối hợp với quang tuyến liệu pháp, miễn dịch liệu pháp.

– Quang tuyến liệu pháp: hiện nay người ta thường sử dụng cobalt 60 để chiếu cả ổ bụng và tiểu khung. (Kỹ thuật chiếu cobalt di chuyển theo vạch).

– Hóa liệu pháp: người ta thường dùng cyclophosphamid, cisplatin, vincristin, actinomycin D, adriamycin, taxol, taxoter...

Miễn dịch liệu pháp: được sử dụng khi đã điều trị hóa liệu pháp hay quang tuyến liệu pháp để tăng cường sức đề kháng, miễn dịch nhằm củng cố kết quả đã đạt được, hoặc được sử dụng đơn độc ngay từ đầu khi không còn chỉ định điều trị với các phương pháp khác nữa.

Phương pháp kích thích miễn dịch chủ động không đặc hiệu hay dùng hơn cả (với BCG, các loại corynebacterium granulosum, bordetella pertussis...) vì không gây hiện tượng ức chế miễn dịch làm bệnh đột ngột phát triển nặng lên.

UNG THƯ ÂM HỘ

Ung thư âm hộ ít gặp hơn các ung thư khác của đường sinh dục. Thường gặp ở tuổi từ 50-70 tuổi, ít gặp ở lứa tuổi trên hay dưới đó.

I. NGUYÊN NHÂN

Một số tổn thương mạn tính ở vùng âm hộ thường được coi là tổn thương tiền ung thư.

- Vết trắng ở âm hộ.
- Teo âm hộ nguyên phát hay thứ phát ở người già.
- Bệnh Bowen, Paget ở âm hộ.
- Herpes âm hộ do virus HSV.

II. TRIỆU CHỨNG

- Thường bệnh nhân thấy xuất hiện vết trắng và ngứa ở vùng âm hộ hay gặp nhất ở vùng tiền đình, âm vật, sau một thời gian xuất hiện khối sùi, ngày càng lan ra tổ chức xung quanh. Khối sùi dễ mủn nát, chảy máu, lâu ngày bị nhiễm khuẩn có mùi thối, nền cứng.

- Khối u lan ra hạch ở vùng bẹn và các chuỗi hạch ở sâu (chuỗi hạch quanh động mạch đùi, hạch chậu ngoài) 50-60% các trường hợp.

III. XỬ TRÍ

Vì tia xạ không có tác dụng nên cách điều trị chính là phẫu thuật: cắt bỏ rộng vùng âm hộ và lấy hạch bẹn, chuỗi hạch quanh động mạch đùi.

IV. TAI BIẾN

Thiếu da để phủ vết mổ, nên vết mổ căng, khó liền dễ nhiễm khuẩn và chảy máu.

V. KẾT QUẢ

Tỷ lệ tử vong ngay khi mổ 2-5%. Tỷ lệ khỏi sau 5 năm 45-50%.

UNG THƯ ÂM ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ung thư âm đạo hiếm gặp (chiếm 1-2% các ung thư ở đường sinh dục).
- Khối u có thể nguyên phát sau một vết loét do đặt pessaire lâu ngày hay sau khi bị lạc nội mạc tử cung, ung thư ở âm hộ, buồng trứng, thận, bàng quang di căn tới.

II. LÂM SÀNG

- Thường gặp ở phụ nữ 60 tuổi trở lên, dấu hiệu đầu tiên là ra máu hoặc khí hư.
- Khối u thường là vết loét, dễ chảy máu, nền cứng, thường ở thành sau âm đạo. Nếu do lan từ bàng quang hay trực tràng thì thường có một lỗ rò.

III. VỊ TRÍ

- Với u ở 1/3 trên âm đạo: cắt tử cung hoàn toàn, 2 phần phụ và 3/4 trên âm đạo, nạo vét hạch và tia xạ.
- Với u ở 1/3 dưới âm đạo: cắt bỏ âm hộ và phần dưới âm đạo, lấy hạch bẹn và tia xạ.

UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

Là loại ung thư sinh dục hay gặp nhất, thường xuất hiện ở tuổi 40-50 tuổi, trên những phụ nữ đẻ nhiều lần và có tổn thương ở cổ tử cung. Ung thư có thể xuất hiện ở mặt ngoài cổ tử cung (ung thư biểu mô lát) hay ở mặt trong cổ tử cung (ung thư mô trụ). Hiện nay người ta cho rằng virus HPV và HSV gây dị sản biểu mô lát ở cổ tử cung là nguyên nhân gây nên các tổn thương tiền ung thư.

I. CHẨN ĐOÁN

1. Về lâm sàng

Dựa vào những triệu chứng sau:



- Ra huyết: là triệu chứng thường gặp, ra huyết bất thường hoặc sau sang chấn (thăm khám, giao hợp).
- Ra khí hư: mới đầu loãng, sau có nhiễm khuẩn thì khí hư có mùi thối.
- Đau: là triệu chứng muộn, khi ung thư lan đến các hạch trong hố chậu, khám qua âm đạo thấy cổ tử cung sờ sùi, chạm vào chảy máu, nền cứng.
- Thăm khám lâm sàng, có thể phân chia giai đoạn của bệnh:
 - + Giai đoạn I: ung thư còn khu trú ở cổ tử cung.
 - + Giai đoạn II: ung thư lan ra ngoài cổ tử cung nhưng chưa đến thành tiểu khung.
 - + Giai đoạn III: ung thư lan đến thành tiểu khung, qua thăm trực tràng không thấy có khoảng trống giữa u và thành tiểu khung, u lan đến 1/3 âm đạo, ứ nước bể thận và thận không hoạt động.
 - + Giai đoạn IV: lan đến các tạng lân cận (bàng quang, trực tràng) và có di căn xa.

2. Cận lâm sàng

Chủ yếu là sinh thiết để làm xét nghiệm giải phẫu bệnh lý. Nó cho biết ung thư thuộc loại biểu mô trụ (ít chịu tác dụng của quang tuyến) hay biểu mô lát (dễ chịu tác dụng của quang tuyến).

3. Chẩn đoán ung thư trong biểu mô

Một khi ung thư cổ tử cung đã xâm nhập và lan tràn thì kết quả điều trị sẽ bị hạn chế. Để có thể đạt được kết quả điều trị cao, người ta tìm cách chẩn đoán ung thư cổ tử cung sớm, còn khu trú trong biểu mô, chưa lan tràn đến lớp đệm (ung thư giai đoạn 0). Với những trường hợp này chỉ cần cắt cụt cổ tử cung hay cắt tử cung hoàn toàn cũng đem lại kết quả rất cao. Muốn thế, người phụ nữ thường được thăm khám phụ khoa định kỳ, làm tế bào âm đạo hàng loạt và định kỳ (để phát hiện tế bào ung thư), dựa vào đó để soi cổ tử cung và làm sinh thiết xác định chẩn đoán.

II. PHÒNG BỆNH VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Phòng bệnh

- Khám phụ khoa định kỳ 6 tháng một lần cho tất cả phụ nữ.
- Xử trí tốt các tổn thương lành tính và các loạn sản và dị sản cổ tử cung, theo dõi chặt chẽ và điều trị để các trường hợp có tổn thương nghi ngờ (CIN 3) ở cổ tử cung để phát hiện sớm ung thư trong biểu mô bằng đốt điện áp lạnh, đốt laser, khoét chóp v.v... tùy loại tổn thương.



2. Điều trị

- Ung thư trong biểu mô: cắt cụt cổ tử cung (nếu bệnh nhân trẻ), nhưng sau đó phải làm xét nghiệm giải phẫu bệnh lý hàng loạt để phát hiện ung thư xâm nhập, và cắt tử cung hoàn toàn (nếu bệnh nhân đã có tuổi).
- Ung thư giai đoạn I: dùng phương pháp Wertheim (cắt tử cung hoàn toàn rộng + lấy hạch, đường bụng) hay Schauta (cắt tử cung rộng, đường âm đạo).
- Ung thư giai đoạn IIa: kết hợp phẫu thuật và phóng xạ (trước và sau mổ).
- Ung thư giai đoạn IIb - III: tia xạ đơn thuần, phối hợp nguồn gần và nguồn xa hoặc hóa liệu pháp chống ung thư.
- Ung thư giai đoạn IV: phóng xạ chỉ có tác dụng lui bệnh tạm thời, kết hợp điều trị triệu chứng.

UNG THƯ THÂN TỬ CUNG

Ung thư thân tử cung hiếm gặp hơn, thường xuất hiện trên phụ nữ đã mãn kinh, tiến triển chậm.

I. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng

- Sau khi đã mãn kinh từ một năm trở lên, nếu có ra huyết phải nghĩ tới ung thư thân tử cung. Tuy còn những nguyên nhân khác như polyp tử cung, nhiễm khuẩn, quá sản niêm mạc tử cung, nhưng với tuổi càng cao thì nguyên nhân do ung thư càng nhiều.
- Khí hư: lúc đầu màu trong và nhiều, sau có nhiễm khuẩn thành mủ, lẫn máu, thì khí hư có màu nâu bẩn, rất hôi.
- Đau: do tử cung co bóp gây đau từng cơn, đau ngang thắt lưng.
- Khám âm đạo: thấy tử cung to và mềm.
- Chụp buồng tử cung: thấy buồng tử cung to, ngấm thuốc không đều, nhăm nhỏ. Nạo sinh thiết sẽ xác định được chẩn đoán khi thấy biểu mô trụ bị ung thư hóa.

2. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với các ra máu khác.



- Polyp buồng tử cung: qua chụp tử cung, soi buồng tử cung.
- U xơ tử cung, niêm mạc buồng tử cung bình thường.
- Viêm niêm mạc tử cung: qua soi và sinh thiết buồng tử cung.
- Khối u nội tiết buồng trứng; khi sờ thấy buồng trứng to hơn bình thường, làm tế bào âm đạo, định lượng nội tiết tố sinh dục.

II. XỬ TRÍ

- Cắt tử cung hoàn toàn và rộng, nếu lan sâu vào lớp cơ cần phải tia xạ hậu phẫu và mổ cắt, để tránh tái phát ở mô âm đạo.
- Với người già, thể trạng yếu: điều trị nội khoa bằng nội tiết sinh dục loại progestagen (như medroxy- progesteron acetat) liều một lần 500mg/ngày, để hạn chế sự phát triển của khối u.
- Khi ung thư đã ở giai đoạn muộn hay có di căn xa, phải điều trị tia xạ tại chỗ đơn thuần hay hóa liệu pháp chống ung thư.

UNG THƯ NGUYÊN BÀO NƯÔI

Là loại khối u ác tính do các nguyên bào nuôi của gai rau gây nên. Nó có thể xảy ra sau sẩy thai thường, đẻ thường, nhưng hay gặp nhất là sau sẩy trứng.

Nguyên nhân hiện nay chưa rõ, nhưng người ta thấy nơi nào có tỷ lệ chữa trứng cao thì tỷ lệ nguyên bào nuôi cũng cao, tỷ lệ biến chứng thành ung thư nguyên bào nuôi từ chữa trứng chiếm 15-25%.

I. CHẨN ĐOÁN

1. Về lâm sàng

Thường dựa vào:

- Tiền sử: sẩy, đẻ, nhất là sau sẩy trứng.
- Cơ năng: rong huyết bất thường và kéo dài sau khi nạo trứng, máu ra màu đỏ tươi hay đen, có khi có máu cục hoặc những mảnh tổ chức bị hoại tử.

Khi những nhân ung thư ở tử cung hay âm đạo bị vỡ thì máu chảy rất nhiều.

- Thực thể: tử cung thường to, mềm, có khi sờ được những nhân ung thư trên bề mặt tử cung.



Buồng trứng to lên, trở thành những nang hoàng tuyến, có thể rất to, có khi có những nhân di căn ở âm đạo, màu tím sẫm như quả bồ quân.

- Toàn thân: xanh, thiếu máu.

2. Cận lâm sàng

- Định lượng β hCG: sau một tháng β hCG = 20.000 IU/L hoặc lượng β hCG không giảm trong 3 tuần liên thì coi là đã biến chứng u nguyên bào nuôi.

- Siêu âm: có thể thấy các nhân ung thư ở lớp cơ tử cung, dây chằng rộng.

- Chụp buồng tử cung: có thể thấy hình ảnh ung thư nguyên bào nuôi trong 76% các trường hợp. Thông thường người ta có thể thấy tử cung to, mềm, có hình khuyết (do nhân ung thư vào buồng tử cung), hay niêm mạc buồng tử cung ngấm thuốc không đều, nham nhở. Đôi khi nhân ung thư đã vỡ, thuốc ngấm vào lòng của nhân vỡ đó, tạo nên hình ổ. Nếu có phổi hợp nhiễm khuẩn ở buồng tử cung sẽ có hiện tượng tiết dịch và tạo hình động giết. Trong một số trường hợp chứa trứng xâm nhập các nang trứng có thể nhìn thấy được qua chụp buồng tử cung.

- Chụp động mạch: được áp dụng trong những trường hợp nhân ung thư nằm sâu trong lớp cơ, không phát hiện được qua chụp buồng tử cung.

Với ung thư nguyên bào nuôi, có thể thấy các hình ảnh: động mạch tử cung và các mạch máu xoắn có kích thước to, có lưới tân tạo quanh các nhân ung thư, có hình thông động tĩnh mạch, có các hồ huyết v.v...

3. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt ung thư nguyên bào nuôi với các trường hợp có thai lại sau khi nạo trứng. Khi có thai lại, lượng HCG tăng nhanh, bệnh nhân có triệu chứng nghén và không có triệu chứng rong huyết. Cần chẩn đoán phân biệt bằng siêu âm. Khi nghi ngờ thì nên nạo để xác định.

4. Biến chứng

- Xuất huyết nội: do tổ chức ung thư ăn thủng tử cung (invasive mole) hay nhân ung thư nguyên bào nuôi ở dưới phúc mạc bị vỡ vào ổ bụng.

- Di căn: thường xuất hiện ở âm đạo hay ở phổi, nhất là sau nạo, chụp buồng tử cung hay cắt tử cung, do đó khi chẩn đoán xác định ung thư nguyên bào nuôi nên tìm các ổ di căn ở các vị trí thường gặp đó.

- Xuất huyết ngoại: do vỡ nhân ung thư nguyên bào nuôi ở tử cung hay âm đạo làm cho máu chảy nhiều, có thể gây sốc hay trụy tim mạch.

- Nhiễm khuẩn: do nạo đi nạo lại nhiều lần buồng tử cung.

II. PHÒNG BỆNH VÀ ĐIỀU TRỊ

– Để có thể phát hiện bệnh sớm, tất cả những bệnh nhân sau nạo trứng phải được theo dõi định kỳ trong hai năm đầu, chủ yếu là theo dõi lượng hCG trong nước tiểu.

Nếu xác định là ung thư nguyên bào nuôi phải điều trị bằng hóa chất chống ung thư cho bệnh nhân còn trẻ, không có di căn và phát hiện sớm (trong ba tháng đầu sau khi nạo).

– Nếu có di căn hay phát hiện muộn, bệnh nhân đã có con, nên cắt tử cung hoàn toàn và hai phần phụ, sau đó điều trị tiếp tục bằng hóa liệu pháp chống ung thư cho đến khi hCG âm tính và hết di căn. Việc điều trị đơn thuần một hóa chất hay phối hợp nhiều hóa chất phụ thuộc vào bệnh nhân có nguy cơ ít, trung bình hay cao.

CHẨN ĐOÁN MÃN KINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Tuổi mãn kinh trung bình là 50 tuổi, song có người mãn kinh sớm hơn hay muộn hơn. Có người mãn kinh xảy ra đột ngột song đa số qua một giai đoạn gọi là tiền mãn kinh với một số dấu hiệu:

- Độ dài vòng kinh thay đổi; ngắn hơn hay dài hơn trước.
- Có rong huyết trước kinh
- Lượng kinh ít đi, có khí hư

Có cơn bốc hỏa, tê buồn chân tay, chóng mặt, đổ mồ hôi trộm, mệt mỏi v. v...

Để xác định bệnh nhân ở giai đoạn tiền mãn kinh, mãn kinh hay chỉ là kinh nguyệt không đều đôi khi người ta phải đo thân nhiệt, định lượng nội tiết tố (FSH, LH, estrogen và progesteron).

- Ở giai đoạn tiền mãn kinh:
 - + Giai đoạn thân nhiệt $> 37^{\circ}\text{C}$ thường ngắn hay không có.
 - + FSH cao, LH bình thường.
 - + Estrogen tăng cao, progesteron $< 10\mu\text{g/ml}$.
- Ở giai đoạn sau mãn kinh.
 - + Không có giai đoạn thân nhiệt $> 37^{\circ}\text{C}$.

- + FSH tăng cao, LH tăng vừa.
- + Estrogen thấp, progesteron không có.

II. XỬ TRÍ

1. Giai đoạn tiền mãn kinh

Trên bổ sung progestin vì đây là giai đoạn cường estrogen. Nếu để kết hợp tránh thai nên cho progestin.

- Liều cao: orgametril hay lutenyl 5mg/ngày từ ngày 10-25 của vòng kinh (khi có kèm u xơ tử cung, u xơ vú, quá sản nội mạc tử cung).
- Liều thấp: exluton (0,03 levonorgestrel) ngày 1 viên liên tục cho đến khi mãn kinh.

2. Giai đoạn mãn kinh (có những rối loạn cơ năng)

- Nếu có bốc hỏa: dùng estrogen miếng dán, cách ngày, kết hợp với progestin (exluton, ngày 1 viên).

- Teo âm hộ, teo âm đạo, giao hợp đau, ngứa: dùng estriol (ovestine 2 viên 1 ngày, hết 1 vỉ nghỉ 1 tuần rồi dùng trở lại đến khi đạt yêu cầu điều trị).

Có thể dùng loại cream để bôi ở âm hộ, âm đạo.

Điều trị nội tiết trong giai đoạn mãn kinh còn nhằm mục đích hạn chế hiện tượng loãng xương, dự phòng bệnh tim mạch.

- Đầu vú: dùng progestin liều thấp cho đến khi hết triệu chứng.

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ VÒNG KINH KHÔNG RỤNG TRỨNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Một chu kỳ kinh nguyệt bình thường bao giờ cũng có hiện tượng phóng noãn. Một chu kỳ có phóng noãn thì niêm mạc tử cung chịu ảnh hưởng của estrogen trong 1/2 chu kỳ đầu và progesteron phối hợp với estrogen trong 1/2 chu kỳ sau.

Vì không có phóng noãn nên không có tuyến vàng và không có progesteron, lúc đó niêm mạc tử cung chỉ chịu ảnh hưởng của estrogen đơn thuần.



Vòng kinh không phóng noãn hay xảy ra ở tuổi dậy thì và tiền mãn kinh.

Ở tuổi dậy thì do Gn - Rh chưa được chế tiết đầy đủ do đó tuyến yên cũng không tiết đầy đủ FSH và LH nên vòng kinh không có phóng noãn.

Ở tuổi mãn kinh do đáp ứng của buồng trứng của FSH với LH nên nang noãn không chín và không có phóng noãn.

Lúc đó kinh nguyệt chỉ là sự chảy máu do nang noãn bị teo đi, lượng estrogen tụt xuống dưới ngưỡng gây chảy máu. Thông thường vòng kinh không phóng noãn có chu kỳ hoặc ngắn hơn bình thường hoặc dài hơn bình thường, tùy theo sự tồn tại và thoái triển của nang noãn và lượng estrogen do buồng trứng tiết ra.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do cơ năng: ở tuổi dậy thì và tiền mãn kinh.
- Do tổn thương thực thể: u tuyến yên, buồng trứng đa nang.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng: nghi ngờ vòng kinh không phóng noãn khi có kinh không đau bụng.

2. Thăm dò

- Đo thân nhiệt: đo thân nhiệt ở miệng hay hậu môn, buổi sáng trước khi ra khỏi giường nếu chu kỳ kinh nguyệt luôn dưới 37°C , không có giai đoạn trên 37°C là không có phóng noãn (khi phóng noãn, progesteron chuyển hóa thành pregnandiol, gây tăng thân nhiệt).

- Làm tế bào âm đạo:

Chỉ số ái toan và nhiễm đông không có đỉnh cực đại.

- LH:

Định lượng LH ở giữa chu kỳ kinh không có đỉnh cao.

- Progesteron:

Định lượng progesteron trước khi có kinh 1 tuần (tuần 3 của chu kỳ kinh) không thấy tăng.

- Soi ổ bụng:

Soi ổ bụng vào 1/2 sau của chu kỳ kinh không thấy hoàng thể hay sẹo của hoàng thể.

- Nạo sinh thiết buồng tử cung:

Nạo sinh thiết vào ngày 21 của chu kỳ kinh không thấy nội mạc tử cung có hình ảnh chế tiết.

IV. ĐIỀU TRỊ

Nhằm mục đích điều trị vô sinh (ở người trong lứa tuổi sinh đẻ) và tránh tình trạng quá sản niêm mạc tử cung với tuổi dậy thì và tiền mãn kinh. Ở người trẻ tuổi nếu để kéo dài tình trạng vòng kinh không phóng noãn do đó cơ chế hồi tác trong chu kỳ kinh nguyệt không có hay không ổn định, làm cho kéo dài tình trạng kinh nguyệt không đều, gây rong kinh rong huyết.

Phụ nữ ở tuổi tiền mãn kinh, niêm mạc tử cung không phóng noãn có khi đưa đến quá sản niêm mạc tử cung kéo dài, ngoài vấn đề rối loạn kinh nguyệt có thể xảy ra (rong kinh, băng huyết) còn có thể có những tổn thương tiền ung thư (quá sản không điển hình).

- Khi không có nhu cầu sinh đẻ

Cho uống viên tránh thai (hỗn hợp hay chỉ có progestin, tùy tình trạng chế tiết estrogen) trong 3-6 chu kỳ kinh liên, sau đó ngừng thuốc sẽ gây phản ứng nhảy vọt và phóng noãn.

- Khi có nhu cầu sinh sản

+ Clomiphene citrat - 50mg 1-2 viên/ngày, dùng từ ngày thứ 3 hay 5 của vòng kinh, trong 5 ngày liên.

+ Nếu thấy nang noãn to $\geq 18\text{mm}$, thì tiêm tiếp 5000-10.000 IU hCG (Pregnyl, Choriogonin v.v... sẽ gây rụng trứng 24 giờ đến 36 giờ sau.

XỬ TRÍ CÁC RỐI LOẠN CỦA TUỔI DẬY THÌ

1. Dậy thì sớm

Khi xuất hiện một hay nhiều tính chất sinh dục phụ trước 8 tuổi thì gọi là dậy thì sớm. Nếu chỉ có 1 triệu chứng đơn lẻ, có thể là vú phát triển hay lông mu mọc hay có kinh nguyệt sớm.

Nếu phát triển lông mu sớm đơn thuần, nên định lượng 17 - OH progesteron để loại trừ ức chế không hoàn toàn 21 - hydroxylase.

Nếu phát triển sớm các tính chất sinh dục phụ cần loại trừ có khối u ở vùng dưới đồi - tuyến yên.



Nếu hai buồng trứng vẫn nhỏ mà tử cung đã phát triển (qua siêu âm) cần tìm nguyên nhân ở hai thượng thận hay uống nhầm thuốc.

Nếu dậy thì sớm kèm theo biểu hiện nam tính hóa: có thể do có khối u nam tính hóa ở thượng thận hay buồng trứng (siêu âm, định lượng testosterone, $\Delta 4$ androstenedion).

2. Dậy thì muộn

Khi không xuất hiện các dấu hiệu phát triển sinh dục phụ sau tuổi 13.

- Cần tìm hiểu tuổi dậy thì của mẹ.
- Cần tìm hiểu tiền sử bệnh lý mạn tính như: bệnh tim, suy hô hấp, suy thận, tiêu hóa kém v.v...
- Khám lâm sàng đánh giá sự phát triển hình thể, cơ quan sinh dục, tử cung buồng trứng qua SA), sự phát triển vú, lông mu v.v...

Nguyên nhân có thể do:

- Hội chứng Turner: cơ thể nhỏ, vai rộng, ngực lép, lưỡi nhỏ, tai bám thấp, cổ ngắn v.v...

Nhiễm sắc thể có thể là: 45X, 45X và 46XX hay mất đoạn nhiễm sắc thể X.

FSH và LH tăng cao. Siêu âm không nhìn rõ 2 buồng trứng.

- Tình hoàn nữ tính: tuyến sinh dục ở ống bẹn, NST kiểu X.
- Khối u não.
- Suy tuyến giáp.
- Chậm trưởng thành.

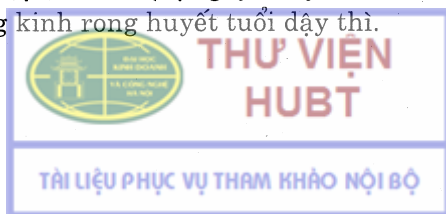
Điều trị: chỉ khi trẻ có dấu hiệu chậm dậy thì do bệnh lý rõ rệt (như viêm ở trên) hay không rõ rệt mà trẻ đã tới tuổi 17-18.

- Với HC Turner: dùng hormon tăng trưởng kèm theo.
- Với nguyên nhân ở vùng dưới đồi, tuyến yên trở lên, dùng hMG/hCG.
- Dùng estrogen + progesteron tạo vòng kinh nhân tạo (từ 6-12 tháng).

3. Các biểu hiện bệnh lý ở tuổi dậy thì

3.1. Rong kinh rong huyết

3.1.1. Cơ năng: khi nồng độ estrogen của buồng trứng vượt 50g/ml làm cho nội mạc tử cung phát triển tuy chưa gây được đỉnh LH, nên không gây rụng trứng, song khi nồng độ estradiol tụt gây chảy máu, niêm mạc tử cung không bong toàn bộ gây rong kinh rong huyết tuổi dậy thì.



3.1.2. Khối u buồng trứng

3.1.3. Viêm niêm mạc tử cung

3.1.4. Chửa ngoài tử cung, sảy thai, dọa sảy thai

Với các trường hợp có tổn thương thực thể, thì điều trị theo nguyên nhân.

Với rong huyết cơ năng điều trị bằng nội tiết.

Viên tránh thai kết hợp: 2 viên 1 ngày trong các ngày đầu cho đến khi cầm máu, 1 viên 1 ngày cho đủ 3 tuần, ngừng thuốc đợi có kinh.

3-6 tháng sau: dùng ngày 1 viên trong 3 tuần cho mỗi chu kỳ kinh.

Thuốc co bóp chặt ở tử cung methyl ergometrin 0,01 mg x 2-3 viên/ngày, trong những ngày chảy máu.

Tăng cường đông máu: dùng transamin bổ sung chất sắt: viên sắt, acid folic.

3.2. Thống kinh

Có thể do nhiều nguyên nhân như: lạc nội mạc tử cung, dị dạng tử cung, u buồng trứng.

Song phần lớn do chế tiết bất thường của prostaglandin do đó nên dùng thuốc kháng prostaglandin trước khi bắt đầu có kinh (aspirin, indomethacin, mobic...).

3.3. Kinh thưa

Có thể do thiếu progesteron hay thừa estrogen hoặc cường androgen thứ phát (trứng cá, rậm lông v.v...) hay không có nguyên nhân.

Điều trị bổ sung ostrogestan 200mg đến 300 mg/ngày từ ngày 15-25 của vòng kinh.

Nếu có dấu hiệu cường androgen dùng androcur 50mg/ngày, từ ngày 4 đến 25 của vòng kinh.

CÁC TỔN THƯƠNG LÀNH TÍNH Ở NỘI MẠC TỬ CUNG VÀ CÁCH XỬ TRÍ

1. Quá sản nội mạc tử cung

Quá sản nội mạc tử cung là sự phát triển quá mức của lớp nội mạc tử cung, phần lớn là do các chu kỳ kinh không phóng noãn của buồng trứng gây nên, nghĩa là lớp nội mạc tử cung chỉ chịu tác dụng của estrogen đơn thuần (không có progesteron).



Trên lâm sàng, biểu hiện của quá sản nội mạc tử cung là rong kinh. Thường xuất hiện ở tuổi dậy thì hay tiền mãn kinh, song cũng có thể gặp ở lứa tuổi sinh đẻ.

1.1. Chẩn đoán

Chủ yếu dựa vào các thăm dò hình ảnh (siêu âm soi buồng tử cung, chụp tử cung) hay cận lâm sàng (GPBL).

1.1.1. Soi buồng tử cung

Có thể quan sát thấy sự quá sản từng vùng hay toàn bộ, dạng polyp. Cần nạo sinh thiết để xác định.

1.1.2. Siêu âm

Thấy nội mạc tử cung dày ($> 6\text{mm}$) qua các thiết diện cắt dọc hay ngang.

1.1.3. Chụp tử cung

Chụp buồng tử cung sau khi bơm thuốc cản quang thường thấy các hình ảnh sau:

- Chu vi buồng TC ngấm thuốc không đều, có hình răng cưa hay lượn sóng.
- Trên phim trắng thuốc hay tháo thuốc có thể thấy hình ảnh buồng TC không đều, có thể do các polyp nội mạc tử cung gây nên.

1.1.4. GPBL

Trên hình ảnh vi thể của mảnh sinh thiết

- Quá sản nội mạc đơn thuần: lớp nội mạc dày lên, cả phần đệm phần tuyến và tỷ lệ giữa tuyến và lớp đệm bình thường.
- Quá sản dạng adenoma: lúc đo tỷ lệ phần tuyến tăng hơn phần đệm, nó tạo thành các ống tuyến dày đặc hoặc tạo thành các túi tuyến hoặc trên bình diện cắt ngang các tuyến có hình dạng bất thường.

1.1.5. Tiến triển

Dễ tái phát sau khi đã nạo bỏ lớp nội mạc tử cung quá sản.

Từ các quá sản đơn giản có thể tiến triển thành quá sản túi tuyến hay quá sản không điển hình hoặc ung thư nội mạc tử cung sau này.

1.1.6. Điều trị

a. Thủ thuật

Nạo bỏ lớp nội mạc tử cung quá sản là cách điều trị tích cực để cầm máu, khi bệnh nhân bị rong kinh hay băng huyết.



b. Nội khoa

Dùng các thuốc loại progestin tổng hợp như: lutenyl, orgametril hay depo - provera để làm teo niêm mạc tử cung tạm thời và ức chế vùng dưới đồi - tuyến yên.

c. Diệt lớp nội mạc tử cung bằng nhiệt

Người ta dùng một quả bóng chất dẻo luồn vào buồng tử cung, sau đó bơm dung dịch có nhiệt độ 70-80°C để làm chết lớp nội mạc tử cung bằng một máy bơm chuyên dụng.

Kỹ thuật này có thể làm dính buồng tử cung sau thủ thuật, song cần chắc chắn không phải là quá sản không điển hình hay ung thư niêm mạc tử cung.

d. Cắt tử cung

Nếu tái phát sau khi nạo và dùng thuốc nội tiết, nhất là ở bệnh nhân trong tuổi tiền mãn kinh.

2. Polyp tử cung

Polyp tử cung có thể là các u cơ TC có cuống được phủ bởi lớp nội mạc tử cung (thường có kích thước to ($d \geq 2\text{cm}$ đường kính) hay các polyp đơn thuần của nội mạc tử cung, thường nhỏ ($d \leq 1\text{cm}$ đường kính).

Các polyp sơ cơ, thường to và nặng, có thể tụt ra thập thò ở cổ tử cung hay tụt hẳn vào trong âm đạo. Cuống polyp thường dài và nằm sâu trong buồng tử cung, lớp nội mạc bao phủ polyp dễ bị nhiễm trùng và chảy máu hay tiến triển thành ác tính (10-15%).

Các polyp nội mạc đơn thuần thường nhỏ và nhiều nằm rải rác trên bề mặt lớp niêm mạc hay khu trú ở một vùng.

2.1. Chẩn đoán

2.1.1. Soi buồng tử cung có thể quan sát song cũng có thể qua đó cắt bỏ nếu polyp nhỏ

2.1.2. Chụp buồng tử cung

Cho thấy các hình khuyết, do polyp tạo nên. Các hình khuyết này có thể to hay nhỏ, nhiều hay ít.

2.1.3. Siêu âm

Với phương pháp siêu âm có bơm nước vào buồng tử cung cho phép ta quan sát rõ hình polyp trong buồng tử cung.

Hình ảnh siêu âm đôi khi đặc hiệu hơn chụp buồng tử cung nếu kích thước polyp từ 1-2cm đường kính trở lên.



2.2. Xử trí

- Nếu polyp tụt ra ngoài cổ tử cung có thể cắt polyp đường âm đạo và đốt chân polyp nếu chỗ bám trong buồng tử cung.
- Nếu polyp to và cuống ở sâu, mổ cắt polyp hay cắt cả tử cung tùy theo tuổi tác và số lần sinh đẻ.
- Nếu polyp nhỏ trong buồng tử cung, có thể cắt polyp qua soi buồng tử cung.

3. Dính buồng tử cung

Dính buồng tử cung thường xuất hiện sau bệnh lý (lao niêm mạc tử cung) hay sau thủ thuật (nạo sảy hay phá thai, nạo sót rau sau đẻ).

3.1. Triệu chứng lâm sàng

- Kinh ít hay vô kinh nguyên phát (lao) hay thứ phát (sau thủ thuật dính).
- Đau bụng kinh: khi dính làm cho kinh thoát ra khó khăn.
- Vô sinh hay sảy liên tiếp, thai chết lưu.

3.2. Chẩn đoán

- Soi buồng tử cung: có thể quan sát được chỗ dính và làm thủ thuật tách dính.
- Chụp buồng tử cung: có những hình khuyết tùy vị trí và diện dính sẽ tạo ra hình ảnh buồng tử cung bất thường do biến dạng. Khi bị dính toàn bộ (do lao, bệnh nhân bị vô kinh, vô sinh và khi chụp không thấy hình buồng tử cung). Bơm thuốc cản quang không vào buồng tử cung.

3.3. Xử trí

Soi buồng tử cung sau khi đã nong rộng cổ tử cung và tách dính bằng dụng cụ chuyên dùng.

Song với dính toàn bộ buồng tử cung do lao niêm mạc tử cung thì thường không đem lại kết quả.

ĐIỀU TRỊ NỘI TIẾT TỔ TRONG PHỤ KHOA

Các nội tiết tố sinh dục và hướng sinh dục có vai trò trong việc phát triển bộ máy sinh dục và duy trì hoạt động của chúng.

Điều trị nội tiết tố trong phụ khoa là nhằm giúp phát triển hoặc bổ sung nội tiết tố để khắc phục những rối loạn chức năng của các cơ quan trên do thiếu hay thừa nội tiết gây ra.

1. Điều trị bằng estrogen

1.1. Tại chỗ

Dùng estriol dạng cream (ovestin) bôi vào âm hộ và âm đạo, nhằm cải thiện dinh dưỡng tại chỗ, hạn chế sự teo dẹt do mãn kinh.

1.2. Toàn thân

1.2.1. Ngăn ngày

- Khi băng huyết không khỏi do dùng progestin phải dùng estrogen liều cao để tái tạo lại niêm mạc tử cung.

+ Oestrogen conjugated (25 mg) 1 ống x 2 lần/ngày, trong 3 ngày, sau đó điều trị thấp bằng progestin hay oestro progestin (dùng viên tránh thai trong 15 ngày).

+ Ethinyl estradiol 500µg x 2 lần/ngày, trong 3 ngày, sau đó lại dùng tiếp progestin hay oestro progestin.

+ Khi muốn ngăn cản sự di chuyển và làm tổ của trứng thụ tinh; thì dùng một trong hai cách:

- 200µg ethinyl oestradiol/ngày trong 4 ngày liền.
- Viên tránh thai kết hợp liều cao (50µg estrogen): 2 viên x 2 lần cách nhau 12g.

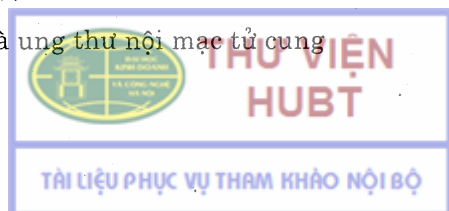
1.2.2. Dài ngày: dùng cho người mãn kinh hay bị thiếu năng sinh dục.

- Ethinyl estradiol (0,05mg): 1 viên 1 ngày từ ngày 1-25 của tháng.
- Duphaston (10mg): 1 viên 1 ngày từ ngày 12-25 nghỉ thuốc từ ngày 26-31.

Song với các trường hợp sau thì có chống chỉ định điều trị estrogen

+ Ung thư vú.

+ Quá sản và ung thư nội mạc tử cung



- + Lạc nội mạc tử cung, u xơ đang tiến triển và ra máu.
- + Tăng huyết áp.
- + Có bệnh lý gan mật.
- + Tiền sử rối loạn đông máu.

2. Điều trị bằng progestin

Progestin là các chất tổng hợp có tính chất của progesteron

2.1. Điều trị thay thế khi mãn kinh

Khi mãn kinh oestrogen còn được bài tiết ít (từ nguồn gốc thượng thận), progesteron không còn được bài tiết. Khi điều trị estrogen thay thế cho người mãn kinh, cần phối hợp với progestin để tránh bị ung thư.

Người ta có thể dùng:

- Progesteron tự nhiên tổng hợp: utrogestan 100mg x 3 viên/ngày.
- Dihydrogesteron: duphaston 10mg x 2 viên/ngày.
- 19 norpregnan: lutenyl 5mg - 1 viên/ngày.

2.2. Suy tuyến vàng

Khi vòng kinh ngắn và không đều, do hoàng thể thoái hóa sớm, cần điều trị progestin bổ sung để tránh bị cường estrogen.

- Tuổi trẻ: dusphaston 10mg - 2 viên/ngày, từ ngày 16 đến 25 của vòng kinh.
- Mãn kinh: dùng lâu dài hơn nên chọn loại ít tác dụng lên chuyển hóa (loại dẫn xuất từ 19 norprogesteron): lutenyl 5mg - 1 viên, từ ngày 15-26 của vòng kinh.

2.3. Bệnh vú lành tính

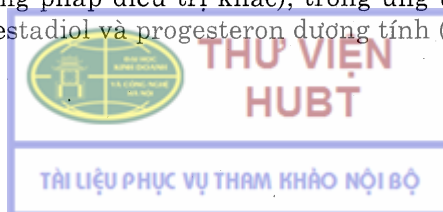
Cần progestin kháng estrogen mạnh (19 norprogesteron hay nonsteroid) như lutenyl hay orgametril (5mg) ngày 1 viên, từ 16 đến 25 của vòng kinh.

2.4. U xơ tử cung

Khi có rong kinh rong huyết, dùng lutenyl hay orgametril (5mg) 2 viên/ngày từ ngày 16-25 của vòng kinh, làm cho kinh đều và giảm lượng máu kinh.

2.5. Ung thư niêm mạc tử cung

Medroxyprogesteron acetat (depo-provera). Có thể sử dụng để điều trị bổ sung (với các phương pháp điều trị khác), trong ung thư nội mạc tử cung, khi khối u có thụ thể estradiol và progesteron dương tính (500mg/ngày).



3. Điều trị với chất đồng vận Gn - Rh

Các chất đồng vận Gn - Rh là những chất liệu tổng hợp có tác dụng tương tự như Gn - Rh.

Tác dụng ở giai đoạn đầu của thuốc là kích thích và giai đoạn hai là giảm mạnh sự sản sinh các nội tiết tố hướng sinh dục, nếu dùng kéo dài. Thuốc có thể có tác dụng phụ (khi dùng lâu dài) do thiếu estrogen gây ra (mất kinh, bốc hỏa, nhức đầu...) nhưng sau khi ngừng thuốc thì kinh nguyệt lại bình thường, tác dụng phụ sẽ hết.

3.1. Điều trị lạc nội mạc tử cung

Do thuốc tương tự Gn - Rh làm ngừng tạm thời hoạt động của tuyến yên và buồng trứng tạm thời và có hồi phục, nên khi điều trị lạc NMTC làm khối u thoái triển.

- Ở giai đoạn I và II: điều trị 6 tháng
- Ở giai đoạn III và IV: điều trị 9 tháng.

Khỏi hoàn toàn sau khi ngừng thuốc khoảng 85%. Trong khi điều trị thì bị vô kinh tạm thời.

3.2. Điều trị u xơ tử cung

Vì thuốc gây thiếu năng estrogen nên làm giảm hoạt động các nguyên bào xơ, các mạch máu co lại nên giảm lượng máu tới nuôi dưỡng khối u. Đồng thời thuốc còn ức chế hormon tăng trưởng nữa.

Thuốc có thể làm giảm thể tích khối u xuống 35-50%). Sau 4 tháng u không nhỏ đi nữa và có thể còn phát triển trở lại.

Do đó người ta dùng nó để điều trị các u nhỏ thoái triển trước khi thụ thai, hay để chuẩn bị cho u nhỏ đi để bóc và không mất máu trong phẫu thuật.

3.3. Điều trị ung thư vú

Dùng Gn-Rh có thể có tác dụng như cắt một buồng trứng tạm thời trong điều trị ung thư vú.

3.4. Thụ tinh trong ống nghiệm

Chất tương tự Gn-Rh được dùng để ức chế tuyến yên trong giai đoạn đầu, sau đó dùng thuốc kích thích buồng trứng thì sẽ đạt tỷ lệ nở nang trứng thành cao và giảm tỷ lệ bị quá kích buồng trứng.

SOI CỔ TỬ CUNG

1. Đại cương

Soi cổ tử cung là một phương pháp dùng kính phóng đại để phóng to các tổn thương ở cổ tử cung, giúp cho việc nhận định các hình ảnh bệnh lý rõ ràng hơn.

Máy soi cổ tử cung do Hans Hinselman đề ra từ năm 1975 và được cải tiến dần để hoàn thiện như hiện nay.

2. Phương tiện

Máy soi cổ tử cung hiện nay có thể nhìn bằng 2 mắt, đặt cách cổ tử cung 20cm, có các kính lọc ánh sáng để quan sát các loại tổn thương khác nhau với độ phóng đại từ 10 đến 50 lần.

3. Dụng cụ - hóa chất

- Mỏ vịt (có loại chuyên dụng được bôi đen bên trong để tránh phản quang).
- Kim kẹp bông dài.
- Bông ướt và khô.
- Mèche (gạc).
- Phiến kính, que Agre, để lấy bệnh phẩm.
- Kim sinh thiết, thìa nạo sinh thiết.
- Kẹp Pozzi.
- Hóa chất: acide acetic 3% dung dịch lugol, dung dịch Bouin.

4. Kỹ thuật soi

- Đặt mỏ vịt (không dùng dầu bôi trơn).
- Quan sát bằng mắt thường xem có: vùng đỏ bất thường vết rách, tổn thương khác.
- Làm phiến đồ cổ tử cung âm đạo bằng que bệt Ayre
- Soi cổ tử cung sau khi lau sạch chất nhầy, dịch âm đạo, tìm mạch máu bất thường, vết sừng hóa.
- Bôi acid acetic 3% trong 20-30 phút để tìm hình ảnh:
 - + Lộ tuyến: hình chum nho của tuyến, đảo tuyến, nang Naboth: di tích của sự tái tạo tự nhiên.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

- + Các vết sừng hóa: màn trắng ngà trên nền hồng nhạt của biểu mô gai.
- + Các tổn thương huỷ hoại (loét, trợt sẽ chảy máu khi bôi acid acetic).
- Sau đó bôi dung dịch Lugol: nếu biểu mô gai bình thường sẽ tạo nên màu nâu sẫm, còn các vùng mới tái tạo bắt màu nhạt, vùng iod (-), không bắt màu.
- Sinh thiết các chỗ nghi ngờ.
- Đặt mèche cầm máu (hẹn sau 6g rút mèche).

Một số quy ước về tổn thương cổ tử cung



Tái tạo lành, lộ tuyến



Cửa tuyến



Nang Naboth



Đảo tuyến



Viêm lan toả



Viêm ổ



Viêm teo

Xuất huyết dưới niêm mạc

TỔN THƯƠNG CỔ TỬ CUNG VÀ CÁCH XỬ TRÍ

1. Hình thể ngoài của cổ tử cung

Lổ cổ tử cung ở người chưa đẻ hình tròn, ở người con dạ thành hình dẹt ngang.

Niêm mạc che phủ bên ngoài cổ tử cung màu hồng, nhẵn đều do biểu mô gai che phủ tạo nên.

Nếu lỗ cổ tử cung hé, ta nhìn thấy bên trong lỗ cổ tử cung có màu đỏ hơn, do biểu mô trụt tạo nên.

Khi biểu mô trụt lan ra ngoài lỗ cổ tử cung, ta thấy có một vùng màu đỏ không nhẵn. Bôi dung dịch acid acetic 3% ta thấy nó trắng bệch ra và có hình nhiều hạt tròn nằm cạnh nhau, đó là lộ tuyến.

2. Các hình thái bệnh lý lành tính

2.1. Viêm lộ tuyến

Vùng lộ tuyến ở cổ tử cung dễ bị viêm do môi trường pH acid của âm đạo. Lúc đó vùng lộ tuyến đỏ sẫm, tiết các chất nhầy màu trắng đục. Khi lau chất nhầy bằng bông, gạc hoặc bôi dung dịch acid acetic 3% sẽ gây chảy máu từng điểm.

Cần soi tươi tìm vi khuẩn nấm (hoặc nuôi cấy). Điều trị bằng đặt kháng sinh tại chỗ.

2.2. Viêm cổ ngoài

Mọi trường hợp có viêm âm đạo đều có viêm mặt ngoài cổ tử cung vì chúng có cùng lớp biểu mô gai che phủ.

Lúc đó cả âm đạo và cổ tử cung đều đỏ, có khí hư màu trắng, vàng hay xanh, có thể có mùi hôi hay tanh. Điều trị kháng sinh tại chỗ.

2.3. Viêm cổ trong

Là viêm buồng tử cung chất nhầy (niêm dịch) của cổ tử cung đục hay như mủ, dùng 2 nhánh của mỏ vịt ép vào bên ngoài cổ tử cung, có khí hư đục như mủ trào ra. Dùng kháng sinh đường uống hay tiêm.

2.4. Loét giang mai

Nông, song có nên cứng chạm chảy máu. Xét nghiệm trực tiếp có xoắn khuẩn giang mai (trepone). Điều trị thuốc đặc hiệu.

2.5. Lao cổ tử cung

Có ổ loét hay sùi chàm chảy máu, phải sinh thiết để xác định chẩn đoán. Điều trị kháng sinh đặc hiệu.

2.6. Polyp cổ tử cung

Là một khối màu đỏ có cuống bám vào lỗ hay ống cổ tử cung. Kích thước từ 2-3 ly đến 2-3 cm. Đó là những polyp do biểu mô trụ tạo nên. Có thể xoắn bỏ, song cần làm xét nghiệm mô bệnh học.

2.7. U đế cổ tử cung

Là những khối u không có cuống nằm ở môi trước hay sau cổ tử cung làm cho môi đó biến dạng đi. Kích thước từ 1-3cm đường kính. Có khi là nhân xơ nhỏ, song có khi chỉ là khối biểu mô trụ phát triển mạnh tạo nên (khi đó bên trong chứa nhiều niêm dịch cổ tử cung, dùng dao điện cắt bỏ).

2.8. Lạc nội mạc tử cung

Là những chấm hay những điểm nhỏ to khác nhau, màu xanh sẫm, hay đen, làm lồi lõp biểu mô gai che phủ ở trên. Các khối này to lên khi có kinh. Đốt điện nếu khối lạc nội mạc tử cung nhỏ.

2.9. Nang Naboth

Là những khối phồng lên đường kính 4-5 ly đến 1cm, màu trắng vàng hay xanh, do niêm dịch của ống tuyến buồng cổ tử cung tiết ra và đọng lại bên dưới lớp biểu mô gai. Nó là di chứng của lớp lộ tuyến cũ đã được diệt tuyến chưa hoàn toàn, hay do tái tạo tự nhiên của tổn thương lộ tuyến, chưa hoàn hảo. Đốt điện để điều trị.

2.10. Nghịch sản cổ tử cung

Khi lớp biểu mô trụ tạo nên lộ tuyến ở cổ tử cung, với thời gian nó sẽ có những thay đổi gọi là di sản để chuyển lớp biểu mô trụ đó thành biểu mô gai và lộ tuyến sẽ tự khỏi.

Quá trình dị sản đó có thể bị rối loạn do nhiễm khuẩn hoặc virus (HPV và herpes) sinh ra lớp biểu mô lát không bình thường, được gọi là nghịch sản.

Các nghịch sản này xảy ra ở nhiều mức độ khác nhau về mức độ cấu trúc tế bào (nhân thâm màu, tỷ lệ nhân/NSC thay đổi, tế bào mất cực tính. Về mức độ cấu trúc mô (ở 1/3, 2/3 hay toàn bộ lớp biểu mô). Bôi acid acetic 3% lên vùng đó sẽ thấy vùng trắng, bôi dung dịch Lugol sẽ không bắt màu nâu đặc trưng. Soi cổ tử cung thấy các hình ảnh bất thường: sừng hóa lát đá, chấm đáy v.v...



Lúc đó cần sinh thiết để xác định tổn thương (CIN I, CIN II hay CIN III hay LSIL hoặc HSIL).

Nếu là CIN I và CIN II có thể áp lạnh, đốt điện hay đốt laser.

Nếu là CIN III nên khoét chóp để xác định xem tổn thương ở ngoài vùng đã sinh thiết ra sao.

Nếu là ung thư trong biểu mô hay ung thư xâm nhập thì tùy tuổi số lần đẻ mà có chỉ định điều trị thích hợp.

Nếu ung thư trong biểu mô trên bệnh nhân chưa có con: có thể theo dõi và hỗ trợ bệnh nhân có thai sớm. Nếu bệnh nhân có đủ con nên cắt tử cung hoàn toàn.

Nếu là ung thư xâm nhập, phải cắt tử cung hoàn toàn rộng và vét hạch, có thể có hay không kèm theo tia xạ, hóa liệu pháp chống ung thư.

Phần

CÁC BỆNH TRUYỀN NHIỄM

Biên soạn: PGS.TS. Nguyễn Đức Hiền

PGS.TS. Trịnh Thị Minh Liên

NHIỄM KHUẨN DO NÃO MÔ CẦU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nhiễm khuẩn do não mô cầu là một bệnh lây theo đường hô hấp.
- Tác nhân gây bệnh là não mô cầu (còn gọi là màng não cầu) có thể gây trên người nhiều bệnh cảnh khác nhau tại nhiều cơ quan với nhiều thể lâm sàng từ nhẹ như viêm mũi họng đến nặng như nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, nhưng thường gặp và quan trọng hơn cả là hai thể bệnh viêm màng não mủ và nhiễm khuẩn huyết, trong đó thể nhiễm khuẩn huyết tối cấp có thể gây tử vong rất nhanh chóng, ngay cả với những trường hợp đã điều trị tích cực.

- Bệnh có thể tiềm tàng ở những ổ dịch nhỏ hoặc gây ra những vụ dịch lớn.

II. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

- Não mô cầu là cầu khuẩn Gram âm, kích thước thay đổi, dạng song cầu hình hạt cà phê, đứng riêng lẻ hoặc thành từng nhóm nhỏ, có thể nằm trong hoặc nằm ngoài bạch cầu đa nhân.

- Vi khuẩn rất dễ chết trong dịch não tủy, chỉ sống khoảng 3-4 giờ sau khi ra khỏi cơ thể, dễ bị tiêu diệt bởi nhiệt độ (55°C trong 30 phút, 60°C trong 10 phút), nhiệt độ lạnh ít bị ảnh hưởng, có thể tồn tại ở -20°C .

- Vi khuẩn không có ngoại độc tố. Nội độc tố vững bền với nhiệt độ, thuộc lớp bề mặt của vách tế bào.

- Những polysit của vỏ vi khuẩn làm thành những cấu trúc sinh hoá khác nhau. Dựa vào các tính chất khác nhau của các kháng nguyên polysaccharide ở thành tế bào, người ta đã xác định được các nhóm huyết thanh khác nhau của não mô cầu gồm các nhóm A, B, C, D, X, Y, Z, W135, E29, H, I, K, L.. Trong số này có các nhóm A, B, C, Y, W135 thường là nguyên nhân gây viêm màng não, còn các nhóm huyết thanh khác thường là loại đơn giản chỉ gặp ở mũi họng,

III. DỊCH TỄ HỌC

- Não mô cầu khu trú tại vùng mũi họng của người và lây truyền qua không khí trực tiếp từ người sang người. Khi ho, hắt hơi, nói, vi khuẩn theo các giọt nhỏ bài tiết qua đường hô hấp.

– Bệnh hay gặp ở lứa tuổi từ 6 tháng đến 1 năm tuổi, không có sự khác biệt về khả năng nhiễm giữa nam và nữ. Bệnh rải rác quanh năm nhưng xuất hiện nhiều nhất vào mùa đông, đông xuân trong các nhà trẻ, trường học, doanh trại tân binh.

IV. LÂM SÀNG

1. Viêm họng do não mô cầu

– Viêm họng do não mô cầu khó chẩn đoán vì phân lập được vi khuẩn từ họng cũng không xác định được đó chính là nguyên nhân gây bệnh vì phần lớn người mang não mô cầu ở mũi họng là người lành mang khuẩn. Tuy nhiên khi bệnh xảy ra hàng loạt trong thời gian có dịch, phải lưu ý tới các trường hợp viêm họng do não mô cầu, đa số họ không có triệu chứng lâm sàng rõ hoặc chỉ sổ mũi, viêm họng đỏ mà không sưng amidan và không sưng hạch cổ.

2. Nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu

2.1. Nhiễm khuẩn huyết thể cấp

– Có thể kèm theo viêm màng não mủ hoặc không (chiếm 30%). Cần phải xét nghiệm dịch não tủy các bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu để phát hiện kịp thời thể phối hợp.

– Bệnh khởi phát đột ngột, có thể mấy hôm trước bệnh nhân thấy mệt mỏi kiểu cảm cúm, sổ mũi, viêm họng nhẹ... Tiếp theo bệnh nhân sốt cao $39^{\circ}\text{--}40^{\circ}\text{C}$, ớn lạnh rồi rét run dữ dội liên tiếp, nhức đầu, nôn, đau khớp, đau cơ. Mạch tăng theo nhiệt độ, môi khô, lưỡi bẩn, vẻ nhiễm trùng rõ, bở phờ.

– Hình ảnh điển hình nhất là tử ban, gặp > 70% các trường hợp. Ban màu đỏ hoặc tím sẫm, bờ không tròn đều (nên còn gọi là ban xuất huyết hình sao), kích thước từ 1-2 mm đến vài cm, không nổi trên mặt da, có khi có dịch đục bên trong. Ban có thể thấy trên da, toàn thân song thường gặp quanh các khớp lớn (khủy, gối, cổ chân), đôi khi lan rộng thành từng mảng như hình bản đồ.

– Có thể gặp xuất huyết củng mạc, chảy máu cam, hiếm gặp xuất huyết tiêu hoá.

– Một số dấu hiệu khác có thể gặp là: nốt phỏng kiểu herpes ở khoe miệng, viêm phế quản, lách to, phản ứng màng não.

2.2. Nhiễm khuẩn huyết thể tối cấp

– Còn gọi là hội chứng ác tính Waterhouse-Friderichsen, gặp khoảng từ 10% đến 20% các trường hợp nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu. Bệnh tiến triển rất cấp tính, nhanh chóng dẫn tới suy tuần hoàn, suy hô hấp và tử vong

có thể chỉ trong vài giờ. Bệnh nhân tím tái, nổi vân da, nhất là ở đầu gối, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp và gan to, lách to, tử ban lan tràn thành mảng lớn. Nếu bệnh nhân được cứu thoát khỏi sốc thì phải luôn đề phòng tình trạng bội nhiễm thêm và sau này ở những vùng hoại tử cần phải ghép da.

2.3. Nhiễm khuẩn huyết mạn tính

– Là hình thức hiếm gặp của nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu. Diễn biến thường kéo dài nhiều tuần hoặc nhiều tháng và có đặc điểm là sốt rét run, phát ban ở da và đau khớp. Sốt cơn có thể kéo dài nhiều tuần hay nhiều tháng với các biểu hiện biến chứng ở các cơ quan khác.

3. Viêm màng não do não mô cầu

– Thường gặp thể tiên phát ở trẻ từ 6 tháng đến 1 tuổi và ở thanh thiếu niên.
– Thời kỳ nung bệnh: ngắn, từ 2-5 ngày, triệu chứng thường chưa có gì rõ.
– Thời kỳ khởi phát đột ngột. Sốt 39-40°C kèm rét run, đau đầu, buồn nôn, đau khắp mình mẩy. Giai đoạn này có thể thấy viêm mũi họng nhưng phải lưu ý đến những dấu hiệu của hội chứng màng não: cứng gáy, dấu Kernig, dấu Brudzinski... và nếu như các dấu hiệu này khó thấy cũng phải đặt ra vấn đề cần thiết chọc dịch não tủy. Khi đó sẽ thấy dịch não tủy đục hướng tới mủ và có tăng áp lực, mặc dù vẫn có thể trong. Dù sao vẫn phải nuôi cấy có hệ thống.

– Thời kỳ toàn phát: có hội chứng màng não rõ, đau đầu dữ dội, sợ ánh sáng, sợ tiếng động, đau rễ thần kinh và co cứng cơ (tư thế cò súng). Thăm khám thực thể thấy các triệu chứng rõ và đầy đủ của hội chứng màng não. Bệnh nhân có tăng cảm giác da, rối loạn tinh thần kinh nhiều hay ít, thể hiện có mất ngủ, thờ ơ, có thể tới hôn mê, kích thích hoặc li bì, thờ ơ. Hội chứng nhiễm trùng rõ, sốt cao, cơn nhịp nhanh kịch phát. Ngoài ra còn thấy nốt phỏng kiểu herpes ở vùng mũi quanh miệng, hồng ban, ban xuất huyết dạng chấm có giá trị cao trong chẩn đoán. Chọc dò tủy sống nước não tủy đục, tăng áp lực, albumin có thể tăng từ 0,8 đến 1-2 g/l, glucose hạ, có khi còn vết, tế bào tăng chủ yếu là bạch cầu đa nhân.

– Viêm màng não mủ ở trẻ nhũ nhi thường nặng, triệu chứng không điển hình và thường có các biến chứng thần kinh.

– Ở người già: hiếm gặp, thường phức tạp bởi các dấu hiệu thần kinh: liệt thần kinh sọ, hôn mê nhanh chóng, sốt. Thường có biểu hiện kết hợp: suy thận, đái tháo đường, suy tim, viêm phổi là những nguyên nhân gây tử vong ở người già ngay cả trong trường hợp tiến triển tốt về mặt vi khuẩn học dưới sự điều trị kháng sinh.

– Tiến triển:

+ Nếu bệnh nhân được điều trị kháng sinh sớm và đặc hiệu, bệnh khỏi hoàn toàn về lâm sàng, vi khuẩn học ít nhất sau 8 ngày. Trong những trường hợp phải lại, bệnh nhân xuất hiện lại những dấu hiệu lâm sàng và não mô cầu trong dịch não tủy.

+ Vách hoá dịch não tủy và tràn mủ não thất là tiến triển đặc biệt. Biểu hiện lâm sàng bởi hội chứng nhiễm trùng. Bệnh nhân lơ đãng, tăng áp lực nội sọ (khi soi đáy mắt thấy phù gai thị) ngay cả khi chọc dò tủy sống thấy dịch não tủy trong, giảm áp lực, phân ly đậm tế bào. Tùy theo mức độ vách hoá, chọc dưới xương chẩm hoặc chọc não thất ở trẻ nhũ nhi sẽ thấy dịch đục. Tiên lượng các trường hợp vách hoá, đặc biệt có tràn mủ não thất, hầu như rất nặng bởi những di chứng tinh thần kinh quan trọng, nhất là ở trẻ em.

+ Tụ mủ dưới màng cứng thấy ở trẻ nhũ nhi. Trong quá trình tiến triển thấy trẻ sốt lại, sút cân, buồn nôn và những biểu hiện thần kinh. Lưu ý đến vòng đầu tăng lên, sự tiến triển thường tốt hơn sau vài lần chọc dò.

- Di chứng:

+ Rất hiếm gặp nếu bệnh nhân được điều trị sớm. Có thể xuất hiện động kinh. Phải lưu ý khi có biểu hiện thần kinh ở giai đoạn toàn phát và phải theo dõi kiểm tra bằng điện não đồ.

4. Những biểu hiện không điển hình

4.1. Những biểu hiện ở khớp

- Biểu hiện viêm khớp cấp: thường gặp ở trẻ nhỏ, hay gặp viêm khớp gối trong 3 ngày đầu của viêm màng não. Viêm khớp này riêng biệt hay kết hợp với một biểu hiện khu trú khác, nhất là viêm ngoại tâm mạc.

- Viêm khớp đơn thuần là biểu hiện thường gặp

- Viêm khớp sau khi viêm màng não là hay gặp nhất. Xuất hiện chủ yếu trong quá trình tiến triển của viêm màng não từ ngày thứ 5 đến ngày thứ 7. Hay gặp viêm một khớp, viêm đa khớp hiếm hơn, chủ yếu ở khớp lớn. Chọc dịch khớp lúc đầu có mủ, sau thì trong. Điều trị kháng sinh không có kết quả mà sự tiến triển của viêm khớp này đáp ứng tốt với thuốc chống viêm không đặc hiệu.

4.2. Những biểu hiện ở tim

- Viêm ngoại tâm mạc có nhiễm trùng, có thể là tiên phát và riêng biệt. Trên lâm sàng thấy biểu hiện chèn ép tim, thay đổi điện tâm đồ. Có khi phải đặt ống thông dẫn lưu cấp cứu.

- Viêm ngoại tâm mạc không nhiễm trùng thì hiếm hơn.

- Viêm nội tâm mạc do não mô cầu là hình ảnh cổ điển của thời kỳ trước khi có kháng sinh.



4.3. Những biểu hiện ở da

– Ngoài biểu hiện ban, mẩn xuất huyết của tử ban còn thấy nhiều biểu hiện trên da trong quá trình viêm màng não do não mô cầu.

4.4. Những tổn thương ở phổi

– Viêm phổi do não mô cầu thường thấy ở thời kỳ trước khi có kháng sinh, nay hiếm gặp.

– Phù phổi là ngoại lệ ngoài trường hợp có tử ban. Quá trình sinh bệnh học của phù phổi này còn đang gây tranh cãi: có sự rối loạn tính thấm thành mạch do nội độc tố của não mô cầu, có vai trò của hệ thần kinh trung ương hoặc đồng nhiễm virut gây viêm phổi.

4.5. Những biểu hiện khu trú khác

– Những biểu hiện rối loạn tiêu hoá, thương tổn gan ít gặp, tiết niệu, sinh dục, biểu hiện viêm niệu đạo, viêm tinh hoàn, mào tinh.

– Còn gặp viêm thần kinh ngoại biên trong quá trình nhiễm khuẩn huyết.

V. XÉT NGHIỆM

1. Công thức máu

– Bạch cầu tăng từ 12.000-40.000/mm³, chủ yếu tăng bạch cầu đa nhân trung tính trên 80%, có khi lại thấy giảm bạch cầu trong thể tối cấp.

– Tiểu cầu giảm (< 100.000/mm³) là do đông máu tiêu thụ với fibrinogen giảm, tỷ lệ prothrombin giảm, các yếu tố đông máu (V, VII, VIII, IX) giảm và tăng sản phẩm giáng hoá fibrin.

2. Cấy máu

– Phải làm một cách có hệ thống

– Cấy máu cho tỷ lệ kết quả dương tính cao, có thể đạt 50-75% trong trường hợp nhiễm khuẩn huyết, 30% trong trường hợp viêm màng não.

– Cấy máu có thể âm tính nếu đã được điều trị kháng sinh, thậm chí dùng rất ít nhưng dùng sớm.

3. Dịch tử ban

– Soi thấy song cầu khuẩn Gram âm.

– Cấy thấy não mô cầu



4. Ngoáy họng: soi, cấy tìm não mô cầu

5. Dịch não tủy

– Cần phải làm ngay khi có biểu hiện hội chứng màng não rõ hoặc không rõ ràng và cần cấy sớm ngay tại giường bệnh.

6. Phương pháp miễn dịch

– Ngưng kết latex: dùng hạt latex có gắn globulin ngưng kết được với não mô cầu trong bệnh phẩm.

7. Khám tai mũi họng: làm nhất loạt ở trẻ em

VI. BIẾN CHỨNG

1. Ở giác quan

– Biến chứng vào mắt thường gặp trong trường hợp nhiễm khuẩn huyết. Nếu bán phần trước bị nhiễm trùng gây viêm móng mắt thể mi. Nếu các màng sau bị nhiễm khuẩn (gây viêm móng mắt và màng mạch), bệnh nhân sẽ thấy mắt bị mờ đi như nhìn qua sương mù nhưng không kêu đau mắt, mắt chỉ hơi đỏ lên nhưng sẽ xuất hiện mủ tiền phòng và nếu nặng hơn sẽ thấy đồng tử bị liệt và méo đi. Nếu bị ở sau thì bề ngoài không thấy gì nhưng bệnh nhân bị mù.

– Khi viêm mê cung sẽ có thể điếc. Ở trẻ nhỏ sẽ dẫn đến điếc câm.

2. Thần kinh - tinh thần

– Hiện tượng vách hoá: khi có chẩn đoán muộn và điều trị không được đặc hiệu đúng lúc.

– Viêm và tràn mủ não thất: trên lâm sàng xuất hiện những triệu chứng tăng áp lực sọ não: nhức đầu dữ dội, nôn, hỗn loạn tinh thần (lú lẫn, điên dại) hoặc viêm tủy cũng hiếm. Viêm đa rễ thần kinh gây liệt mềm các chi từ từ, có rối loạn cảm giác, teo cơ. Động kinh, co giật, mất ngủ.

VII. ĐIỀU TRỊ

1. Kháng sinh

– Penicillin G hiện nay vẫn là thuốc đặc hiệu chọn lọc, nên dùng tiêm trực tiếp tĩnh mạch, chia làm nhiều lần trong ngày (từ 6-12 lần). Liều lượng như sau:

+ 300.000-400.000 đơn vị /kg/24 giờ đối với bệnh nhân viêm màng não (người lớn dùng liều 12-20 triệu đơn vị mỗi ngày).



+ 200.000 đơn vị/kg/24 giờ đối với bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết không có kèm viêm màng não (người lớn dùng liều 8-12 triệu đơn vị mỗi ngày).

+ Thời gian điều trị kéo dài từ 7-10 ngày hoặc 4-5 ngày sau khi bệnh nhân hết sốt.

- Những trường hợp dị ứng penicillin G có thể dùng chloramphenicol tiêm tĩnh mạch với liều 60 mg /kg/24 giờ. Chloramphenicol được một số tác giả đề nghị là thuốc dùng đầu tiên trong những trường hợp nhiễm khuẩn huyết có sốc để tránh làm nặng thêm tình trạng nhiễm nội độc tố. Thuốc có tác dụng tốt trên não mô cầu, phân bố tốt trong dịch não tủy. Cùng nhóm có thiamphenicol có hoạt tính diệt khuẩn tốt với liều dùng 75-100 mg/kg/24 giờ tiêm bắp, nguy cơ tai biến về máu hiếm gặp (5/100.000 người điều trị chloramphenicol) nên thiamphenicol được dùng nhiều hơn.

- Các cephalosporin: không giống như các cephalosporin thế hệ I và II, các cephalosporin thế hệ III phân bố trong dịch não tủy với tỷ lệ ngấm vào màng não ngang với ampicillin. Liều dùng 200 mg /kg/24 giờ tiêm tĩnh mạch chậm chia 4 lần cách nhau 30 phút. Những trường hợp không xác định được vi khuẩn gây viêm màng não mủ cấp, nhất là ở trẻ nhỏ ưu tiên lựa chọn các cephalosporin thế hệ III.

2. Hô hấp

2.1. Hô hấp hô hấp

2.2. Giữ vững tuần hoàn

VIII. PHÒNG BỆNH

1. Phòng bệnh chung: cần chú trọng sự lây lan theo đường hô hấp

2. Điều tra phát hiện người lành mang khuẩn: bằng cách ngoáy họng soi cấy tìm vi khuẩn

3. Vacxin: vacxin hiện nay là những loại chống não mô cầu nhóm A, C, Y, W135...

4. Hoá trị liệu: được dùng trong trường hợp nhiễm não mô cầu nặng.

BỆNH DỊCH HẠCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Dịch hạch là bệnh truyền nhiễm lưu hành gây dịch do trực khuẩn *Pasteurella pestis* (còn gọi là *Yersinia pestis*) gây nên. Biểu hiện lâm sàng là nhiễm trùng-nhiễm độc, viêm hạch bạch huyết. Trường hợp nặng có viêm phổi và nhiễm trùng huyết.

II. DỊCH TỄ

1. Vi khuẩn

Yersinia pestis là cầu trực khuẩn (Cocco-bacille), Gram âm, không di động, không nha bào. Sống tốt ở nhiệt độ 16-29°C, đất ẩm sống 3 tháng, điều kiện lạnh giữ vi khuẩn lâu. Chết sau vài phút dưới ánh nắng mặt trời, ở 55°C chết trong 15 phút; 100°C chết sau 1 phút.

2. Nguồn bệnh

Loài gặm nhấm là chính

Người bị bệnh là ngẫu nhiên

Người mắc dịch hạch thể phổi có thể truyền qua đường hô hấp.

3. Côn trùng trung gian

Bọ chét, chủ yếu là *Xenopsylla cheopis*, đôi khi là *Pulex irritans*. Bọ chét hút máu chuột bị bệnh truyền sang khi đốt người.

4. Đường lây

Do bọ chét

Lây trực tiếp theo đường hô hấp (thể phổi)

Lây do tiếp xúc da: sờ vào mủ trên súc vật bị bệnh, màng tiếp hợp, ống tiêu hoá.

Nơi nhiều *Pulex irritans* có thể truyền từ người này sang người khác qua *Pulex irritans*.

Bọ chét

Bọ chét

Bọ chét

Chuột -----> Chuột -----> Người -----> Người

Thể phổi



III. LÂM SÀNG

1. Thể hạch (thể hay gặp nhất)

1.1. Thời kỳ nung bệnh: từ 1 đến 15 ngày, trung bình 2-5 ngày không có triệu chứng

1.2. Thời kỳ khởi phát

– Mệt mỏi, đau mình mẩy, nhức đầu chóng mặt, buồn nôn, mệt lả, đau xương sống, mê sảng.

– Sốt 38°C – 39°C .

– Đặc biệt đau vùng sắp nổi hạch

– Sau vài giờ hoặc 1 - 2 ngày ---> giai đoạn toàn phát.

1.3. Thời kỳ toàn phát

* Triệu chứng nhiễm trùng:

– Sốt cao $39 - 40^{\circ}\text{C}$, liên tục hay từng cơn, đôi khi có rét run, trẻ em có thể co giật.

– Mặt đỏ, xung huyết, mắt đỏ ngầu. Mạch nhanh theo nhiệt độ.

– Tiêu hóa: lưỡi khô, trắng ở giữa, môi khô, đôi khi có nôn, ỉa chảy hay táo bón, gan-lách có thể hơi to.

– Đái ít, sẫm màu, nước tiểu có albumin.

* Triệu chứng nhiễm độc:

– Nhẹ: nhức đầu, mệt mỏi toàn thân, mệt lả.

– Nặng: mê sảng, la hét, giãy giụa, rối loạn các động tác, ngưng thở.

* Sưng hạch: là triệu chứng chủ yếu. Thường xuất hiện ở ngày đầu, một số xuất hiện ở ngày thứ 2 hoặc thứ 3 của bệnh.

+ Vị trí hạch: sưng thường liên quan đến nơi nhiễm trùng đầu tiên.

– Có thể sưng hạch ở bất kỳ nơi nào.

– Bẹn (50-70%), vùng cụng đùi tam giác Scarpa, nách (20%), cổ (10%).

– Hạch thường ở một bên, nhưng cũng có thể hai bên hoặc nhiều nơi.

+ Tính chất hạch:

Lúc đầu rắn, tròn, to bằng đầu ngón tay cái hoặc bằng quả trứng gà, di động. Sau đó có hiện tượng phù và viêm quanh hạch thành một khối có nhiều cục nhỏ, rất đau. Màu da vùng hạch sau 1-2 ngày chuyển sang màu đỏ rồi đỏ tía.



2. Dịch hạch thể phổi

2.1. Nung bệnh: 2-4 ngày, đôi khi vài giờ.

2.2. Khởi phát

- Đột ngột sốt cao 40-41°C, đôi khi rét run.
- Nhức đầu, đau mình mẩy, buồn nôn, mệt lả.
- Chưa có triệu chứng hô hấp rõ.

2.3. Toàn phát: ngày thứ 2 của bệnh

- Sốt cao 40-41°C.
- Mạch nhanh, nhỏ, mệt lả.
- Triệu chứng hô hấp rõ: đau ngực, ho khan, đãi, bọt nhiều dần lên, màu hung đỏ máu (trong chứa nhiều vi khuẩn dịch hạch). Thở nhanh, nông, tím tái.
- Triệu chứng thực thể ở phổi biểu hiện rất nghèo nàn ngược với tình trạng toàn thân và cơ năng: nghe phổi có ít ran nổ, X quang phổi có hình ảnh viêm phổi, viêm phế quản-phổi.

2.4. Tiến triển: nếu không điều trị kịp, bệnh nhân sẽ tử vong trong 2-4 ngày do phù phổi cấp và suy tim.

3. Thể nhiễm khuẩn huyết

* Lâm sàng:

- Nhiễm trùng-nhiễm độc nặng, sốt cao 39-40°C.
- Nhức đầu, mệt lả, nôn. Vật vã, mê sảng, dần dần hôn mê.
- + Lưỡi khô, trắng, bẩn. Bụng chướng, gan-lách to
- + Mạch nhanh, huyết áp hạ, thở nhanh, nông (khó thở, nhiễm độc)
- + Có thể xuất huyết dưới da, niêm mạc làm bệnh nhân tím đen, hoặc có xuất huyết nội tạng.
- + Nếu không điều trị bệnh nhân sẽ tử vong sau 2-3 ngày.

IV. BIẾN CHỨNG

Thường do điều trị muộn, độc tố vi khuẩn dịch hạch mạnh, cao. Bội nhiễm tạp trùng.

- Địa phương: loét sâu ở hạch làm bội nhiễm tạp trùng.
- Viêm giác mạc, viêm móng mắt mù gây mù.



- Rối loạn tinh thần.
- Viêm phổi, viêm phế quản-phổi.

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. Thể hạch

- Viêm hạch do nhiễm trùng địa phương do tạp khuẩn (thường tụ cầu)
- Lao, giang mai, khối u: hạch không đau, không có triệu chứng cấp tính.
- Bệnh Sodoku: do xoắn khuẩn của chuột, sau khi bị chuột cắn ---> sốt, đau xương khớp, nhức đầu, mệt, sưng hạch, phát ban (có thể điều trị Penicillin G 10-14 ngày).

2. Thể nhiễm khuẩn huyết

- Sốt rét ác tính, thương hàn, bệnh do Rickettsia...
- Cần cấy máu có hệ thống và chú ý dịch tể.

3. Thể phổi

- Viêm phổi không điển hình trong bệnh cúm (ít đau ngực, dấu hiệu thô sơ).
- Cần chú ý khạc ra bọt hung đỏ có máu.

VI. XÉT NGHIỆM

* Công thức máu: bạch cầu tăng, tỷ lệ đa nhân trung tính tăng.

* Tìm *Yersinia pestis*:

- Trong hạch, máu, đờm dãi của bệnh nhân
- Nhuộm Thionin phenic, Wayson, Gram fuschin...
- Soi trực tiếp, sau đó cấy trên môi trường thạch hoặc tiêm mật trong đùi chuột nhắt, chuột lang tam thể. Sau 48 giờ ---> nổi hạch. Chuột chết mổ thấy: tụ máu dưới da, sưng hạch, hoại tử ở phổi.

- Đối với thể nhiễm trùng huyết cấy máu trên nước pepton hoặc canh thang.

* Chẩn đoán huyết thanh:

- ELISA
- Phản ứng ngưng kết hồng cầu thụ động (chẩn đoán hồi cứu khi không tìm thấy vi khuẩn dịch hạch)
- Phản ứng cố định bổ thể với kháng nguyên F1 (1/320 là dương tính).



VII. ĐIỀU TRỊ

1. Thuốc đặc hiệu

- Streptomycin: người lớn: 1-2 g/24 giờ
Trẻ em: 30 mg/kg/24 giờ
Điều trị đến hết sốt và kéo dài thêm 5 ngày nữa (trung bình 10-15 ngày)
- Cloramphenicol 50 mg/kg/24 giờ x 7-10 ngày
- Tetracyclin 50 mg/kg/24 giờ x 7-10 ngày
- Cotrimoxazol viên 480 mg: 4 viên/24 giờ x 7-10 ngày
Đối với thể hạch, thể nhẹ dùng 1 loại kháng sinh
- * Đối với thể phổi và nhiễm trùng huyết (nặng): cần phối hợp hai kháng sinh:
Streptomycin + cloramphenicol
Streptomycin + tetracyclin

2. Điều trị triệu chứng

- Sốt: hạ nhiệt
- Đau hạch: an thần, chích mủ nếu có mủ
- Truyền dịch: Ringer's lactat, NaCl 9%, glucose 5% để chống nhiễm độc.
Na bicarbonat 14% chống toan huyết.
- Trợ tim mạch: DCA, spartein, dopamin khi có trụy mạch.
- Oxy liệu pháp thể phổi.

VIII. PHÒNG BỆNH

- Khi có bệnh nhân phải thông báo cho chương trình vệ sinh phòng dịch.
- Cách ly bệnh nhân điều trị, cách ly người tiếp xúc, uống thuốc phòng bằng tetracyclin.
- Khử trùng và tẩy uế ổ dịch.
- Diệt chuột: phospho kèm anhydrit sulfuro.
- Diệt bọ chét: Diazzinon 2%, DDT (bôi vào đường chuột chạy). Phải song song diệt cả chuột và bọ chét.



BỆNH BẠCH HẦU

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Bệnh bạch hầu là bệnh nhiễm độc, nhiễm khuẩn, lây theo đường hô hấp và gây dịch do trực khuẩn *Corynebacterium diphtheriae* (còn gọi là trực khuẩn Kleb-Loeffler) gây nên. Bệnh có biểu hiện tại chỗ và toàn thân.

2. Vi khuẩn

Trực khuẩn bạch hầu hình que hơi cong, bắt màu Gram (+), sống bền vững với ngoại cảnh: trong điều kiện thiếu ánh sáng vi khuẩn sống đến 6 tháng.

Vi khuẩn nhạy cảm với nhiệt độ cao, chất sát trùng (ở 59°C sống 10 phút, ánh sáng mặt trời sống vài giờ, dung dịch phenol 1% sống 1 phút)

Vi khuẩn tiết ra ngoại độc tố.

3. Dịch tễ học

Đường lây:

- + Vi khuẩn ở đường hô hấp của bệnh nhân
- + Người bệnh khỏi có thể mang vi khuẩn từ 2 tuần đến 2 tháng

Lứa tuổi mắc: mọi lứa tuổi, giới, nhất là trẻ từ 1-7 tuổi.

II. LÂM SÀNG

1. Bạch hầu thể thông thường

1.1. Thời kỳ nung bệnh

1.2. Thời kỳ khởi phát

- Hội chứng nhiễm độc rõ, nhiễm trùng nhẹ
- Hội chứng viêm họng đỏ – thường sưng ở một bên amidan (hạch tương ứng)
- Gan hơi to, tim có thể nhịp nhanh hay bình thường

Thời gian trung bình 2-3 ngày.



1.3. Thời kỳ toàn phát

- Hội chứng nhiễm độc rất rõ, nhiễm trùng nhẹ $< 38^{\circ}\text{C}$
- Hội chứng viêm họng giả mạc trắng dai.
- Tim nhanh, viêm cơ tim (biến chứng tim sớm)
- Thận: phù, sỏi ít
- Dấu hiệu toàn thân khác: xuất huyết dưới da, chảy nước mũi một bên...

2. Bạch hầu thể ác tính

Tiền phát: 1-2 ngày

Thứ phát: 10-15 ngày, chậm 40-50 ngày

Tiến triển bạch hầu ác tính: khó thở, ỉa chảy, xuất huyết, truy mạch

- + Tiến triển nhanh: sau 5-6 ngày do ngạt thở hoặc xuất huyết
- + Tiến triển bán cấp: hội chứng ác tính của Marfan

3. Bạch hầu thanh quản: (có 3 giai đoạn: khản tiếng – khó thở – ngạt)

4. Bạch hầu mũi: chỉ có màng giả ở mũi (1,5%), gặp ở trẻ sơ sinh ăn vào trở, chảy nước mũi trắng.

5. Bạch hầu mắt

- Thứ phát sau bạch hầu họng, mũi, lây qua ống lệ.
- Biểu hiện: phù ở mi mắt trên, ấn vào không đau, lật mi mắt lên có giả mạc, hiếm có viêm kết mạc đỏ.

6. Bạch hầu da: ít gặp, xảy ra sau chốc lở, chàm

7. Bạch hầu ống tai ngoài, hậu môn, sinh dục: loét có màng giả

III. BIẾN CHỨNG

Tất cả các biến chứng do ngoại độc tố gây nên

1. Tim mạch

Hay gặp nhất trong các bệnh bạch hầu

Viêm cơ tim: 24% sớm 2-7 ngày, muộn sau 15-40 ngày. Phải làm điện tim nhất loạt phát hiện viêm cơ tim sớm. Hình ảnh điện tim: T dẹt, âm tính, ST chênh xuống, QT kéo dài, QRS biên độ thấp.



Rối loạn dẫn truyền đơn thuần hoặc phối hợp

Rối loạn kích thích: ngoại tâm thu nhĩ thất

Rối loạn dẫn truyền: bloc xoang, bloc nội nhĩ, bloc nội thất, bloc nhánh.

Huyết khối tim: xuất hiện đột ngột sau 15 ngày → suy tim.

2. Thần kinh

3. Thận

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định: dựa vào lâm sàng, dịch tễ học và chẩn đoán dương tính (+) bằng phân lập vi khuẩn tại họng, thực quản, cấy trên môi trường Terullit kali hoặc gây bệnh trên chuột lang.

2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm họng: viêm họng giả mạc mủn, viêm họng Vincent, viêm họng do virus Herpes, nấm, viêm họng hoại tử

Viêm thanh quản cấp: nguyên phát do virus sởi

Nhọt thành sau họng

V. ĐIỀU TRỊ

1. Kháng huyết thanh bạch hầu (SAD)

- Test 0,1ml trong da sau 20 phút đọc kết quả.
- Nếu test (+) → phương pháp Besredka: tiêm SAD nhiều lần với dung dịch pha loãng, tiêm tăng dần đậm độ, cách nhau 20 phút.

2. Kháng sinh

Penicillin G 500.000-1000.000 UI/kg/24h trong 5-7 ngày.

Người lớn: 2-3 triệu UI /24h.

Nếu dị ứng với penicilin thì dùng: erythromycin 1,5 g/24h, trẻ em 40 mg/kg/24h

3. Điều trị hỗ trợ

Vitamin C 300-500 mg/24h

Bạch hầu nặng: prednisolon 0,5-1 mg/kg/24h trong 2 tuần.

Hô hấp: mở khí quản kịp thời ở bạch hầu thanh quản.

VI. PHÒNG BỆNH

Không đặc hiệu: khai báo bắt buộc

Đặc hiệu: dùng vac xin: anatoxin tiêm trong da

- + Sơ chủng: 3 mũi tiêm chia ba lần cho trẻ vào lúc: 2, 3 và 4 tháng tuổi
- + Tái chủng: mỗi lần một mũi vào lúc trẻ 1 tuổi và 6 tuổi.

BỆNH TẢ

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tả là bệnh nhiễm khuẩn đường ruột cấp tính, gây nhiều dịch lớn trên thế giới, do vi khuẩn *Vibrio cholerae* gây ra. Đặc điểm lâm sàng của bệnh là tiêu như nước chảy, nôn không kìm được, gây mất nước ngoài tế bào cực nhanh rồi dẫn đến tử vong nếu bệnh nhân không được điều trị khẩn cấp và thích hợp. Bệnh lây trực tiếp hoặc gián tiếp qua phân người bệnh.

II. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

Vi khuẩn tả *Vibrio cholerae* hình dấu phẩy, Gram âm, di động nhanh, có thể tồn tại trong thức ăn và nước 1 tuần, dễ bị tiêu huỷ bởi nhiệt độ và các chất diệt khuẩn thông thường. Vi khuẩn tả dễ mọc trong môi trường kiềm cao muối mặn.

Nhóm huyết thanh O1 của *V. Cholerae* hay gây bệnh nhất.

III. LÂM SÀNG

1. Thời kỳ ủ bệnh

- Từ vài giờ đến 5 ngày, trung bình 36-48 giờ, tối đa 9-10 ngày.
- WHO quy định thời gian cách ly là 5 ngày để theo dõi. Thời gian ủ bệnh dài hay ngắn tùy thuộc độ acid của dạ dày cao hay thấp, số lượng phẩy khuẩn tả xâm nhập nhiều hay ít, có uống vaccin tả hay không.



2. Thời kỳ khởi phát

- Rất khó xác định vì phần lớn bệnh nhân bắt đầu đột ngột cảm thấy đầy bụng và sôi bụng, tiếp đó tiêu chảy ngay và nôn, lúc đầu có phân, sau chỉ toàn nước.
- Một số ít có sốt nhẹ (12%), gai rét (3%), vã mồ hôi, lạnh đầu chi, bụng đau lâm râm.

3. Thời kỳ toàn phát

- Tiêu chảy: thể kịch liệt ngay từ đầu chiếm 75%, phân đục lờ như nước vo gạo trong có lợn cợn những vảy màu trắng là mảnh tế bào thượng bì niêm mạc ruột lẫn phẩy khuẩn tả. Trong 6-8 giờ đầu có thể mất 7-10 lít nước.
- Nôn: thường xuất hiện sau khi tiêu chảy 1-2 lần, cũng có trường hợp nôn trước khi tiêu chảy hoặc không nôn. Lúc đầu nôn ra thức ăn, sau chỉ ra nước trong hoặc vàng.
- Mất nước, mất điện giải: do tiêu chảy và nôn. Thể trạng bệnh nhân suy sụp rõ, rất nhanh: da khô, nhăn nheo, ngón tay nhăn như bị ngâm nước lâu, mắt trũng, niêm mạc khô, mắt khô lờ đờ, chuột rút rất đau ở bắp chân, đùi, bụng.

Ở trẻ em, sự rối loạn nước điện giải và toan máu dễ đưa đến các biến chứng nặng như rối loạn tri giác, co giật, liệt ruột, loạn nhịp tim, hạ đường huyết... Ngoài ra triệu chứng sốt cũng thường gặp ở trẻ em.

IV. XÉT NGHIỆM

1. Phân

- + Soi phân tìm phẩy khuẩn tả di động, kết quả sau vài phút. Phương pháp huỳnh quang miễn dịch có thể giúp nhận diện phẩy khuẩn tả, kết quả sau 24 giờ.
- + Cấy phân từ mẫu phân tươi hay từ que phết trực tràng. Môi trường cấy phân là kiểm cao muối mặn. Kết quả cấy phân sau 24 giờ (môi trường Pepton).

2. Máu

- Cô đặc máu: hồng cầu, bạch cầu máu tăng cao.
Hematocrit tăng, protid máu tăng
- Rối loạn điện giải: Na bình thường, Cl tăng ít, K giảm, dự trữ kiềm giảm, pH máu giảm.
- Suy thận: urê máu tăng, creatinin máu tăng
- Đường huyết: giảm ở trẻ em



V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. Nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn do Salmonella : biểu hiện sớm sau khi ăn thức ăn nhiễm khuẩn 12-24 giờ, bệnh nhân sốt cao, đau bụng, tiêu chảy và nôn.

2. Lỵ trực khuẩn: sốt cao, đau quặn bụng, mót rặn. Phân nhầy có máu hoặc như nước rửa thịt.

3. Do độc tố tụ cầu: nung bệnh ngắn sau vài giờ. Bệnh rất cấp tính, bệnh nhân không sốt, và có thể trụy mạch .

4. Nhiễm độc do ăn phải nấm độc, ngộ độc hoá chất, độc tố E.coli.

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc cơ bản điều trị bệnh tả

- Bù nước và điện giải càng sớm càng tốt
- Diệt phẩy khuẩn tả bằng kháng sinh
- Cách ly bệnh nhân

2. Áp dụng cụ thể

Tốt nhất là tuyến huyện, tuyến tỉnh tổ chức chi viện cho tuyến xã để tổ chức chống dịch tại xã. Xác định ngay độ mất nước để có thái độ xử trí đúng. Thường chia làm 4 loại, căn cứ vào triệu chứng mất nước và huyết áp.

* Loại 1: tiêu chảy nhẹ, không nôn, mạch và huyết áp bình thường, chỉ cần điều trị tại nhà.

Uống ORESOL: người lớn 1 - 2 gói /24 giờ, trẻ em 1/2 - 1 gói /24 giờ.

Tetracyclin: người lớn 40 mg /kg/24 giờ chia 4 lần, trẻ em 10-15 mg/kg/24 giờ chia 4 lần. Dùng trong 3-4 ngày. Không cần dùng kháng sinh khác.

* Loại 2: tiêu chảy, nôn, huyết áp giữ mức bình thường, trọng lượng cơ thể có thể giảm 3-5%. Điều trị như trên, có thể ở trạm y tế xã nhưng cần truyền dịch nếu bệnh nhân không uống được, hoặc cường độ tiêu chảy mỗi ngày một tăng.

* Loại 3: giảm 10-15% trọng lượng cơ thể, mạch nhanh nhỏ, huyết áp thấp nhưng còn đo được. Truyền dịch tích cực, khẩn trương, uống kháng sinh, sau củng cố bằng uống ORESOL.

* Loại 4: huyết áp không đo được, mạch không bắt được, da bọc xương.

Truyền dịch bằng mọi đường, hết sức khẩn trương. Chú ý tình trạng toan huyết.



3. Hướng dẫn truyền dịch

Các loại dịch dùng đường uống:

Oresol (ORS) gồm NaCl 3,5g, NaHCO_3 2,5g, KCL 1,5g, glucose 20g) pha 1 gói với 1 lít nước đun sôi để nguội.

Có thể thay thế Oresol bằng dung dịch: 8 thìa nhỏ (thìa cafet) đường, 1 thìa muối pha trong 1 lít nư ớc sôi để nguội.

Cho uống theo nhu cầu.

Truyền dịch:

Tổng lượng tính trong ngày: $A+B+M$

A: lượng dịch mất trước khi đến bệnh viện.

B: lượng phân và chất nôn mất tiếp trong quá trình nằm viện.

M: lượng nước duy trì trong ngày.

Phân bố dịch: Ringer lactat hoặc NaCl 0,9% (4 phần)

Natribicacbonat 1,4% (1 phần)

Glucose 5% (1 phần)

Mỗi lít dịch truyền pha thêm 1g KCL

Khi bệnh nhân uống được và không bị nôn thì dùng đường uống.

4. Kháng sinh

1. Thuốc dùng ưu tiên:

– Nhóm fluoroquinolon (Ciprofloxacin 1g/ngày, ofloxacin 800mg/ngày, Ofloxacin 400mg/ngày).

– Azithromicin 10mg/kg/ngày X 3 ngày.

Các thuốc này không dùng cho phụ nữ có thai, đang cho con bú và trẻ em <12 tuổi.

2. Ngoài ra có thể dùng: chloramphenicol 1-1,5g/ngày, erythromicin 1g/ngày.

Không được sử dụng các loại thuốc có tác dụng cầm tiêu chảy dựa vào cơ chế làm giảm nhu động ruột như thuốc phen, atropin...

VII. PHÒNG BỆNH

– Chủ yếu giải quyết sự lây lan do nước ăn và uống.

- Hố xí hợp vệ sinh, không dùng phân tươi bón.
- Ăn chín, uống sôi, rửa tay trước khi ăn.
- Vacxin tả: hiệu quả kém vì chỉ chống được thành phần B của độc tố tả, và lại dịch lan ra nhanh hơn thời gian tạo miễn dịch. Phải tìm ra một vắc-xin tả có hiệu lực hơn là vacxin tả chết hiện nay. Vacxin tả sống loại uống hoặc tiêm là vacxin tả của tương lai. Khi có dịch tả xảy ra, tập trung dập dịch bằng các biện pháp giáo dục vệ sinh, uống kháng sinh dự phòng, tổ chức điều trị chu đáo và xử lý tốt phân nước. Làm vậy tốt hơn là tiêm phòng tả.
- Cấy phân cho người nhà và cán bộ trực tiếp chăm sóc bệnh nhân để phát hiện người nhiễm và mang phẩy khuẩn tả.
- Giám sát dịch tễ học: là biện pháp chủ động để dự báo dịch. Phát hiện trường hợp tả đầu tiên: đường bộ, đường thủy, đường sông, kiểm tra định kỳ nguồn nước, thực phẩm.
- Xử lý dịch: số bệnh nhân, số người tiếp xúc, nguồn lây, xử lý khử trùng tẩy uế phân, nước, rác, ruồi, cách ly...

BỆNH THƯƠNG HÀN

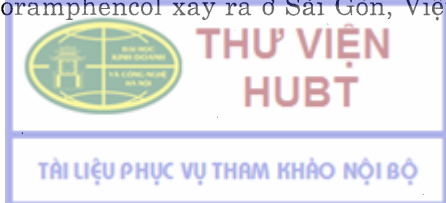
I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh thương hàn là một bệnh truyền nhiễm lưu hành, gây dịch qua đường tiêu hóa do vi khuẩn *Salmonella typhi*, *S. paratyphi A*, *B*, *C* (còn gọi là phó thương hàn gây nên). Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể gặp những biến chứng nặng và có thể dẫn tới tử vong.

II. CĂN NGUYÊN GÂY BỆNH

Salmonella typhi thuộc họ trực khuẩn đường ruột, Gram âm, di động nhờ có nhiều lông quanh thân, không có vỏ và không sinh nha bào, là vi khuẩn hiếu khí. *S. typhi* có 3 loại kháng nguyên: O (kháng nguyên thân) gây bệnh và có khả năng sinh miễn dịch, H (kháng nguyên lông) không gây bệnh và cũng tạo miễn dịch và V (kháng nguyên bề mặt) có khả năng gây độc vì bản chất là polysaccharide.

Salmonella typhi kháng thuốc (kháng chloramphenicol) được thông báo đầu tiên tại Ấn Độ, Tây Phi vào những năm đầu thập kỷ 60. Năm 1973 dịch thương hàn kháng chloramphenicol xảy ra ở Sài Gòn, Việt Nam và 1976 xuất



hiện kháng đầu tiên ở miền Bắc. Danh từ thương hàn đa kháng thuốc được sử dụng để chỉ các chủng S.typhi đã kháng lại cả chloramphenicol, ampicillin và cotrimoxazol.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

1.1. Thương hàn thể điển hình

– Thời kỳ nung bệnh: khoảng 10-15 ngày sau khi nhiễm vi khuẩn (qua đường tiêu hóa), người bệnh thường không có triệu chứng gì.

– Thời kỳ khởi phát: khoảng 5-7 ngày. Sốt từ từ tăng dần, cũng có 15-20% sốt cao ngay. Kèm theo nhức đầu, đau mình mẩy, táo bón dễ nhầm với sốt rét, nhiễm virut

– Thời kỳ toàn phát: 2-3 tuần. Sốt cao dần, buổi chiều cao hơn buổi sáng. Tình trạng nhiễm trùng rõ (môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi), có thể li bì, mê sảng, phân nát đi nhiều lần trong ngày. Có tăng trương lực cơ (dấu răng cửa)

Khám:

– Bụng chướng, gan lách to (gõ đục hoặc sờ thấy dưới bờ sườn)

– Đào ban (như cánh bèo tấm, 5mm, sờ hơi nổi trên mặt da), mọc 2-3 đợt cách nhau 4-5 ngày, bắt đầu vào đầu tuần thứ 2.

– Tiếng tim mờ, đôi khi thấy tiếng ngựa phi, mạch nhiệt phân ly (30%)

– Dấu Leusier (gõ đục đáy phổi phải và ran phế quản), loét họng Duguet (hình bầu dục 5-10mm thành trước vòm họng, không đau) (10-20%)

Thời kỳ lui bệnh: 3-4 tuần. Giảm sốt từ từ, các triệu chứng đỡ dần rồi khỏi bệnh.

1.2. Thể lâm sàng khác

– Thương hàn phối hợp sốt rét

– Thương hàn với bệnh lao

– Thương hàn ở trẻ em

– Thể khởi phát bất thường: sốt đột ngột, sốt kéo dài.

2. Xét nghiệm

2.1. Công thức máu: thể thông thường ít có thay đổi

– Số lượng bạch cầu bình thường hoặc giảm nhẹ. Nhưng khi có biến chứng viêm phúc mạc hoặc nhiễm trùng bội nhiễm thì bạch cầu tăng.

- Số lượng hồng cầu giảm khi có xuất huyết ruột hoặc thủng ruột.
- Số lượng tiểu cầu không có sự thay đổi

2.2. Phân lập vi khuẩn

- Cấy máu: tuần đầu (+) 90%, tuần 2 (+) 50%, tuần 3 (+) 25%.
- Cấy tủy xương: tỷ lệ dương tính cao song không dễ thực hiện được ở các tuyến cơ sở và có thể gây tai biến (chảy máu, đau)
- Cấy phân: thường có kết quả từ tuần thứ 2 trở đi nhưng tỷ lệ dương tính không cao.
- Cấy đào ban.
- Cấy dịch mật.
- Cấy nước tiểu.

2.3. Huyết thanh chẩn đoán

- Phản ứng Widal: thường làm từ tuần thứ 3 của bệnh. Làm hai lần cách nhau ít nhất 1 tuần. Kháng thể O có giá trị chẩn đoán cao nhất, nếu lần 1 hiệu giá kháng thể O đạt $> 1/200$ hoặc lần 2 hiệu giá kháng thể gấp 4 lần lần 1 thì có giá trị chẩn đoán.
- Các phản ứng huyết thanh khác như ELISA, IFA cũng có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhưng giá thành cũng cao nên không thể áp dụng rộng rãi ở cộng đồng.

3. Chẩn đoán phân biệt

3.1. Thời kỳ khởi phát: khó phân biệt ngay với các trường hợp nhiễm trùng khác, ngay cả nhiễm virus, nên cho cấy máu sớm nếu nghi tới thương hàn.

3.2. Thời kỳ toàn phát

- Các bệnh nhiễm trùng cấp biểu hiện toàn thân như viêm nội tâm mạc, sốt mò, viêm đài bể thận, nhiễm nấm, nhiễm virus.
- Bệnh lao: sốt kéo dài, rối loạn tiêu hóa, hô hấp. Cần phát hiện sớm BK ở cơ quan nghi ngờ lao, làm Mantoux, chụp phổi.
- Bệnh sốt rét: hay nhầm với sốt rét tiên phát, bệnh nhân có thiếu máu, sốt không thành cơn, rối loạn tiêu hóa, gan lách to.

Tóm lại cần chú ý nghĩ đến bệnh thương hàn khi có những biểu hiện sau:

- Ở tuyến phường, xã:
 - Sốt kéo dài > 7 ngày.



- Rối loạn tiêu hóa: đầy bụng, chướng bụng, tiêu chảy hoặc phân nát.
- Có đào ban: thường sau tuần thứ nhất.
- Khám thấy gan lách to hoặc lách gỗ đục.
- Lưu ý vùng dịch tễ có bệnh lưu hành hoặc vừa sống ở vùng dịch tễ ra khoảng 2-3 tuần.

- *Ở phòng khám đa khoa tuyến huyện:*

- Có các dấu hiệu lâm sàng và dịch tễ nghi ngờ giống tuyến xã.
- Có xét nghiệm bạch cầu không tăng.

- *Tại bệnh viện tỉnh:*

- Lưu ý như ở tuyến huyện.
- Cần làm các xét nghiệm khẳng định chẩn đoán nếu có điều kiện: cấy máu, cấy phân, phản ứng Widal, phản ứng huyết thanh (ELISA).

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Với thương hàn không kháng thuốc

Dùng một trong ba loại kháng sinh sau:

- Chloramphenicol 30-50mg/kg/24 giờ trong 14 ngày.
- Ampicillin 50mg/kg/24 giờ trong 14 ngày (trẻ em và người già ưu tiên dùng loại này).
- Co-trimoxazol (Biseptol, Bactrim) viên 480mg
Người lớn 4-6 viên /24 giờ trong 14 ngày.

2. Với thương hàn đa kháng thuốc

- *Trẻ > 12 tuổi và người lớn:*

- Ciprofloxacin (Ciprobay, Ciplox, Opecipro) viên 500mg
Dùng ngày 2 viên (hoặc 20mg/kg/ngày) chia 2 lần trong 5-7 ngày
- Pefloxacin 400mg (viên, ống)
Dùng ngày 2 viên (hoặc 15mg/kg/ngày) chia 2 lần trong 5-7 ngày.

Nếu dùng dạng truyền pha 1 ống 400mg với 200ml glucose 5%, 2 lần /ngày

- *Trẻ < 12 tuổi và phụ nữ có thai:*

Không nên dùng thuốc nhóm quinolon vì sợ ảnh hưởng hệ thống sụn xương sau này, mặc dầu hiện nay cho là nếu dùng ngắn ngày thì không ảnh hưởng gì.

Dùng cephalosporin thế hệ 3, cụ thể là:

- Ceftriaxon (Rocephin, Opeceftri)

Liều dùng: 50-75 mg/kg/24 giờ tiêm hoặc truyền tĩnh mạch) trong 5-7 ngày

- Cefotaxim: 50-75 mg/kg/24 giờ (tiêm hoặc truyền tĩnh mạch) trong 5-7 ngày

3. Điều trị biến chứng

Hay gặp nhất là xuất huyết tiêu hóa hoặc thủng ruột

- *Xuất huyết tiêu hóa:*

- Nhẹ: cần theo dõi thường xuyên mạch, HA, diễn biến của xuất huyết. Nên chườm lạnh bụng và cho thuốc co mạch.

- Nặng: truyền máu tươi cùng nhóm. Nếu điều trị nội khoa không có kết quả thì phải can thiệp ngoại khoa (cắt nơi có xuất huyết ruột).

- *Thủng ruột:* thường là phải phẫu thuật cắt bỏ đoạn ruột hỏng. Chú ý khâu hồi sức (phòng bội nhiễm, nâng cao thể trạng)

V. PHÒNG BỆNH

1. Tại cộng đồng

- Tuyên truyền ăn chín, uống sôi, rửa tay sau khi đi vệ sinh và trước khi ăn. Không dùng phân tươi. Làm và sử dụng nhà vệ sinh hợp lý.

- Giám sát người lành mang trùng, người đã được chữa khỏi bệnh thương hàn. Tẩy uế sát trùng đồ dùng trong gia đình của bệnh nhân, các chất thải của bệnh nhân phải được tẩy uế (để trong xô và cho thêm 1/10 cresyl, nước vôi 20% hoặc sulfat đồng 5%). Tẩy uế nước tiểu trong vài phút, nhưng với phân phải trong 6 giờ.

2. Sử dụng vaccin

- Hiện vaccin sống giảm độc lực đường tiêm có hiệu quả. Vaccin đa giá dùng cho cả người lớn và trẻ em có hiệu quả trong 3 năm.

- Dùng 0.5ml tiêm dưới da hoặc tiêm bắp, sau 7-15 ngày có kháng thể.

BỆNH UỐN VÁN

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh uốn ván là bệnh truyền nhiễm cấp tính, nhiễm trùng-nhiễm độc toàn thân do trực khuẩn *Clostridium tetani* gây nên. Ngoại độc tố uốn ván tác động vào thần kinh cơ gây nên biểu hiện lâm sàng của bệnh là cứng hàm, co cứng cơ liên tục, các cơn giật cứng toàn thân và nhiều biến chứng khác rất dễ gây tử vong.

II. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

– *Clostridium tetani* là trực khuẩn kỵ khí, Gram (+), sinh nha bào và gây bệnh bằng ngoại độc tố. *Clostridium tetani* có hai dạng:

+ Dạng nha bào có vỏ bọc dày sống nhiều năm trong đất, bụi, phân của người và động vật, chịu được nhiệt và đề kháng cao với ngoại cảnh và các chất sát trùng thông thường.

+ Dạng hoạt động: phát triển và nhân lên tại vết thương trong điều kiện kỵ khí và tiết ra ngoại độc tố hướng thần kinh và gây bệnh.

III. DỊCH TỄ HỌC

1. Nguồn bệnh: nha bào uốn ván có trong đất, bụi, phân ở ngoại cảnh và ở vết thương của bệnh nhân uốn ván.

2. Đường lây

Qua các vết thương ở da và niêm mạc.

Các vết thương có thể nhỏ và kín đáo như gai đâm, đinh đâm, xước da, dập móng, ngoáy tai, xỉa răng, bấm lỗ tai,... đến các vết thương to, rộng nhiều góc ngách gặp trong lao động, tai nạn giao thông, gãy xương hở, bỏng sâu,... thậm chí có thể gặp sau đẻ có sót rau, kiểm soát tử cung, nạo thai, sau mổ đường tiêu hoá, cắt trĩ, cắt rốn với các dụng cụ bị nhiễm bẩn...

Các vết thương ở tình trạng thiếu oxy (yếm khí) do miệng vết thương bị bịt kín, hoại tử có vi khuẩn khác kèm theo...tạo thuận lợi cho nha bào uốn ván phát triển.

3. Khó cảm thụ

– Bệnh uốn ván không có miễn dịch tự nhiên nên tất cả những người chưa được tiêm vaccin phòng uốn ván đều có thể bị bệnh.

– Sau khi mắc bệnh uốn ván không để lại miễn dịch nhưng sau khi tiêm vaccin giải độc tố uốn ván (Anatoxin) có miễn dịch tương đối bền vững trong vòng 5 năm.

– Bệnh hay gặp ở người nghèo, vùng nông thôn miền núi điều kiện vệ sinh và bảo hộ lao động kém, không có điều kiện tiêm phòng vaccin và SAT khi bị thương.

IV. LÂM SÀNG

1. Uốn ván toàn thể

1.1. Thời kỳ ủ bệnh

– Tính từ lúc bị thương đến khi xuất hiện mỗi hàm. Thời gian này từ 5 đến 20 ngày. Trung bình là 7 ngày. Có thể thấy đau nhức chỗ vết thương.

1.2. Thời kỳ khởi phát

– Tính từ lúc mỗi hàm đến khi co cứng toàn thân. Thời kỳ này kéo dài từ 1-7 ngày. - Triệu chứng khởi đầu là cứng hàm: lúc đầu mỗi hàm, khó nhai, khó há miệng tăng dần và liên tục. Khi dùng đũa lưỡi ấn hàm xuống thì hàm càng cắn chặt hơn (dấu hiệu trismus). Dấu hiệu cứng hàm gặp ở tất cả các bệnh nhân.

Ngoài ra có thể thấy bệnh nhân mất ngủ, lo âu, đau toàn thân, tăng phản xạ gân xương, nhịp tim nhanh...

1.3. Thời kỳ toàn phát

Kéo dài từ 1 đến 3 tuần. Với các biểu hiện:

1.3.1. Co cứng cơ toàn thân liên tục, tăng lên khi kích thích, bệnh nhân rất đau, co cứng điển hình làm cho người bệnh nhân uốn cong.

- Co thắt thanh quản gây ngạt thở dẫn đến ngừng tim.
- Rối loại phản xạ nuốt gây khó nuốt, dễ bị ứ sặc, ứ đọng đàm dãi.
- Giảm phản xạ ho khạc, khạc yếu gây ứ đọng đàm dãi.
- Co thắt các cơ vòng gây bí đại, bí ỉa.

1.3.2. Con giật cứng toàn thân

Cơn giật cứng toàn thân trên nền co cứng cơ xuất hiện tự nhiên, tăng lên khi kích thích. Trong cơn co giật bệnh nhân vẫn tỉnh. Cơn giật có thể kéo

dài vài giây đến vài phút hoặc hơn. Trong cơn giật bệnh nhân rất dễ bị co thắt thanh quản, co cứng cơ hô hấp dẫn đến giảm thông khí, thiếu oxy gây ngạt, tím tái,...

1.3.3. Các triệu chứng khác

Rối loạn thần kinh thực vật gặp trong các thể rất nặng: tình trạng nhiễm độc toàn thân, da xanh tái. Sốt cao 39-40°C, có khi hơn 40°C. Nhịp tim nhanh, huyết áp hạ và có khi ngừng tim. Thở nhanh, tím, suy hô hấp. Tăng tiết đờm dãi, vã mồ hôi. Xuất huyết dạ dày (dịch nâu đen qua ống thông dạ dày) do stress. Bụng chướng căng.

1.4. Thời kỳ lui bệnh

- Các cơn giật thưa dần rồi hết giật.
- Tình trạng co cứng toàn thân còn kéo dài nhưng mức độ giảm dần.
- Miệng há rộng dần ra. Phản xạ nuốt trở lại.
- Thời kỳ này kéo dài vài tuần đến hàng tháng tùy theo mức độ bệnh.

2. Các biến chứng

2.1. Hô hấp

- Co thắt thanh quản gây ngạt, ngừng thở, ngừng tim, sặc, trào ngược dịch dạ dày vào phổi.
- Ứ đọng đờm dãi do tăng tiết, do không nuốt được và phản xạ ho yếu.
- Suy hô hấp do cơn giật kéo dài, co cứng cơ hô hấp gây chèn ngực giảm thông khí, tắc nghẽn đờm dãi, nhược cơ hô hấp gây suy kiệt, viêm phế quản phổi do bội nhiễm vi khuẩn, đặc biệt là vi khuẩn Gram âm đường ruột và trực khuẩn mủ xanh.

2.2. Tim mạch

- Nhịp tim nhanh, cơn nhịp nhanh do giật, sốt cao, rối loạn thần kinh thực vật và suy hô hấp.
- Truy mạch, hạ huyết áp do thiếu oxy cơ tim, rối loạn thần kinh thực vật, do độc tố uốn ván và do tác dụng phụ của thuốc an thần.
- Ngừng tim đột ngột do ngạt, thiếu oxy do suy hô hấp, do độc tố.

2.3. Tiêu hoá

- Chướng bụng do rối loạn hấp thu, bí ỉa.
- Viêm, xuất huyết dạ dày do stress.

2.4. Các biến chứng khác

a. Bội nhiễm do vi khuẩn:

– Viêm phế quản phổi do nhiễm trùng bệnh viện. Ở những bệnh nhân mở khí quản và thở máy thường do trực khuẩn mủ xanh, trực khuẩn đường ruột Gram âm và tụ cầu.

- Viêm nhiễm khuẩn vết mở khí quản.
- Viêm nhiễm chỗ tiêm và truyền tĩnh mạch lâu.
- Nhiễm trùng đường tiết niệu do đặt ống thông tiểu.
- Loét các chỗ tỳ đè: xương cùng cụt, 2 vai, 2 gót chân và da đầu.
- Nhiễm khuẩn huyết.
- Viêm loét giác mạc, viêm xoang, rách hoại tử lưỡi do cắn phải, gãy răng.

b. Rối loạn thăng bằng nước và điện giải:

- Kiệt nước do vã mồ hôi, ăn không đủ, thừa nước do truyền quá nhiều.
- Hạ natri và kali máu.

c. Suy thận: do độc tố, do tiêu cơ vân, các loại thuốc gây độc thận và do rối loạn nước và điện giải.

d. Suy dinh dưỡng: gầy dẹt hoặc phù thũng, giảm protid máu, do tiêu huỷ nhiều calo mà ăn không đủ.

e. Cứng khớp.

f. Rối loạn tri giác do thiếu oxy kéo dài.

3. Tiên lượng: Phụ thuộc vào nhiều yếu tố.

- Không được tiêm phòng uốn ván trước đó.
- Người cao tuổi (> 50 tuổi) và trẻ em < 5 tuổi đặc biệt là trẻ sơ sinh (uốn ván rốn) và người già.
- Cơ địa: béo phì, nghiện rượu, nghiện ma túy, các bệnh có sẵn như viêm phế quản mạn tính, tăng huyết áp, suy thận, suy tim, đái tháo đường, xơ gan, phụ nữ có thai,...
- Tình trạng vết thương: do tiêm, sau đẻ, sau mổ, gãy xương hở, vết thương giáp nát, nhiều góc ngách có dị vật,...

4. Các thể lâm sàng khác

4.1. Theo tiến triển

– Uốn ván tối cấp: thời gian ủ bệnh rất ngắn, nhiễm độc, co giật mạnh liên tục dẫn đến suy hô hấp, trụy mạch,... Tiến triển nhanh và tử vong trong vài ngày.



- Thể cấp tính.
- Thể bán cấp và kéo dài: thời gian ủ bệnh dài, cơ cứng cơ phân bố không đều, diễn biến kéo dài. Thường lành tính.
- Uốn ván tái phát: hiếm gặp.

4.2. Theo định khu

- Uốn ván toàn thân.
- Uốn ván cục bộ.
- Uốn ván khu trú các chi: thường ở bệnh nhân đã được tiêm SAT khi bị thương, chỉ cơ cứng ở chi bị thương, rất đau.
- Uốn ván đầu: vết thương ở vùng đầu mặt, liệt dây VII ngoại vi bên bị thương, cứng khít hàm, khó nuốt, hay bị co thắt thanh quản. Co cứng cơ và co giật có thể lan ra toàn thân.

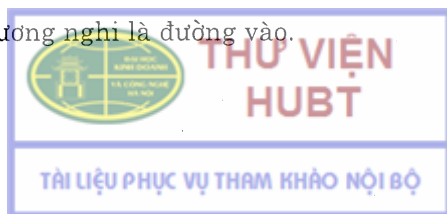
4.3. Theo hoàn cảnh xảy ra uốn ván

- Uốn ván rốn: do cắt rốn không vô trùng, tỷ lệ tử vong rất cao. Có thể loại trừ uốn ván sơ sinh bằng cách tiêm phòng cho mẹ và thực hiện vô khuẩn trong khi đẻ.
- Uốn ván nội tạng: vết thương ở khu vực nội tạng, diễn biến nguy kịch và tử vong cao.
- Uốn ván sau đẻ, sau nạo phá thai.
- Uốn ván sau mổ, cắt trĩ, phẫu thuật ở ruột,...
- Uốn ván sau tiêm thường rất nặng.
- Uốn ván không rõ đường vào.

V. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định: chẩn đoán uốn ván chỉ dựa vào các biểu hiện lâm sàng bao gồm:

- Cứng hàm: là dấu hiệu sớm nhất và gặp ở hầu hết các bệnh nhân. Cứng hàm tăng dần và tăng khi kích thích.
- Co cứng cơ toàn thân: co cứng các cơ theo trình tự: mặt, gáy, cổ, lưng, bụng, chi và ngực, đặc biệt là cơ bụng, co cứng tăng khi kích thích.
- Cơn co giật cứng: xuất hiện trên nền co cứng cơ. Cơn giật tăng khi kích thích, trong cơn giật bệnh nhân vẫn tỉnh.
- Chú ý tìm vết thương nghi là đường vào.



2. Chẩn đoán phân biệt

2.1. Khi chỉ có dấu hiệu cứng hàm: Cần phân biệt với:

- Viêm tấy amidan, răng khôn mọc lệch.
- Viêm khớp, sai khớp thái dương hàm.

Các bệnh này thường có đau một bên, có thể nổi hạch phản ứng, vẫn có há mở miệng được, không có co cứng cơ khác.

2.2. Khi có cơn giật cứng

- Viêm màng não: không có cứng hàm, có thay đổi dịch não tủy.
- Ngộ độc Strychnin: co cứng cơ toàn thân cùng một lúc, không qua giai đoạn cứng hàm, có tiền sử dùng Strychnin hay hạt mã tiền.
- Cơn tetani do hạ canxi huyết: co cứng ở đầu chi, có khi có cơn co thắt, không cứng hàm. Khám thấy dấu hiệu Schvostek và Trousseau, xét nghiệm có Canxi máu hạ, điều trị thử có kết quả tốt tức thì.
- Cơn Hysteria: dùng liệu pháp tâm lý.

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Chống co giật và co cứng cơ

+ Hay dùng nhất là diazepam (Seduxen, Valium). Liều từ 2-7 mg/kg/24h, chia đều mỗi 1, hoặc 2, hoặc 4 giờ:

Trong trường hợp nhẹ: dùng đường uống hoà tan bơm qua ống thông dạ dày.

Trong trường hợp nặng: dùng tiêm tĩnh mạch, mỗi lần 1-2 ống, hoặc kết hợp cả uống và cả tiêm.

- Thuốc làm mềm cơ: mydocalm 50 mg x 4 viên/ngày.
- Thuốc kết hợp: được dùng xen kẽ khi có cơn giật mạnh, kéo dài liên tục như

Hỗn hợp coctailytic (aminazin 0,025 g x 1 ống, pipolphen 0,05 g x 1 ống (hoặc dimedrol 0,01 g), dolargan 0,10 g x 1 ống) trộn lẫn, tiêm bắp mỗi lần tiêm từ nửa liều đến cả liều. Không quá 3 liều/ngày và không dùng kéo dài quá 1 tuần. Không dùng cho trẻ em và phụ nữ có thai.

Dùng coctailytic khi có cơn giật mạnh có nguy cơ co thắt thanh quản, trước khi đặt ống thông dạ dày và khi mổ khí quản, khi dùng seduxen tiêm mà ít có hiệu quả.

- Thuốc giãn cơ (Flaxedil, Ardual: ống 4 mg)

Dùng khi seduxen kém tác dụng, không khống chế được cơn giật. Khi dùng thuốc giãn cơ, phải dùng liều tối thiểu và cần phải hô hấp hỗ trợ.

Cách dùng: pha 2-3 ống vào chai glucose 5%, lắp vào ven chính. Khi bệnh nhân giật thì cho chảy nhanh đến khi hết giật.

- Thiopental: chỉ định và cách dùng như đối với thuốc giãn cơ.

* Chú ý: khi dùng thuốc giãn cơ và thiopental cần phải theo dõi thường xuyên và thông khí nhân tạo khi cần thiết.

2. Đảm bảo thông khí chống suy hô hấp

2.1. Mở khí quản

Chỉ định:

- + Có nguy cơ đe dọa ngạt do cơ thắt thanh quản.
- + Ứ đọng niêm đờm dãi trong phổi.
- Điều kiện để rút canun:
 - + Bệnh truyền giảm: hết giật, giảm cơn co cứng, ho khạc tốt, nuốt được.
 - + Không có nhiễm trùng ở phế quản-phổi, ít đờm dãi.

2.2. Thông khí nhân tạo

- Được chỉ định khi bệnh nhân không tự đảm bảo được thông khí tự nhiên: Thở yếu, chẹn ngực, suy hô hấp, tím, độ bão hoàn oxy giảm < 90%.

- Bóp bóng Ambu có oxy.
- Thở máy.

2.3. Các biện pháp hỗ trợ hô hấp khác

- Thở oxy qua lỗ mở khí quản.
- Hút đờm dãi thường xuyên tránh tắc đờm.
- Dùng các thuốc làm loãng đờm: mucomyst, α -chymotrypsin,...

3. Trợ tim mạch

- Hạ nhịp tim: khống chế cơn giật, đảm bảo thông khí, hạ nhiệt độ. Nếu cơn nhịp nhanh và huyết áp tăng có thể cho propranolon 40mg mỗi lần 1/2-1 viên.

- Nâng huyết áp, bù đủ dịch.



- Truyền dopamin liều 8-10 $\mu\text{g/kg/phút}$.

4. Xử trí vết thương và diệt vi khuẩn uốn ván

- Mở rộng vết thương, nặn mủ, cắt lọc tổ chức hoại tử, phá bỏ các góc ngách, lấy bỏ dị vật.
- Rửa vết thương bằng oxy già và nhỏ dung dịch sát trùng betadin, dalibon,...
- Khi bị uốn ván sau đẻ phải nạo hút rau hoặc cắt tử cung.
 - + Penicillin 2-4 triệu đơn vị/ngày x 7 ngày. Tiêm tĩnh mạch chậm.
 - + Các kháng sinh khác thay thế: erythromycin, metronidazol, clindamycin,...

5. Trung hoà độc tố uốn ván

- Liều SAT: 6000-9000 đơn vị (4-6 ống). Tiêm bắp 1 liều duy nhất. Cần phải thử phản ứng trước khi tiêm để phòng sốc phản vệ. Khi cần thiết thì tiêm theo phương pháp giải mẫn cảm của Besredka, hoặc dùng globulin miễn dịch chống uốn ván của người (TIG-H: Tetanus Imuno Globulin - Human): liều 500 đơn vị, tiêm bắp 1 lần. Loại này sử dụng an toàn, ít phản ứng nhưng đắt tiền.
- Giải độc tố uốn ván (AT - Anatoxin Tetanus) để tạo miễn dịch chủ động cho bệnh nhân. Tiêm ở một chi khác, xa nơi tiêm SAT.

6. Dinh dưỡng và chăm sóc hộ lý

6.1. Dinh dưỡng: tất cả bệnh nhân bị uốn ván đều phải được đặt ống thông dạ dày

Đảm bảo dinh dưỡng 3000 kCalo/ngày bằng các loại thức ăn qua ống thông như súp nghiền, cháo lọc, sữa bột dinh dưỡng như Ensure, Isocal,...

6.2. Đặt ống thông bằng quang dẫn lưu nước tiểu khi có bí đái

6.3. Vệ sinh chăm sóc

- Để bệnh nhân ở nơi yên tĩnh tránh các kích thích như tiếng động, ánh sáng, hạn chế các khám xét khi không cần thiết, nên tiêm thuốc bằng đường tĩnh mạch hơn là tiêm bắp nếu có thể.
- Rửa, nhỏ thuốc tra mắt thường xuyên. Rửa mặt, lau miệng, cắt tóc, gội đầu.
- Chống loét: kê chỗ tỳ đè, trở mình để chống loét xương cùng cụt, vai, gót chân, đầu. Nằm đệm nước, khí lưu thông.
- Khi đã hết giật và cơ cứng thì tập luyện tránh cứng khớp.



VII. PHÒNG BỆNH

1. Phòng bệnh chủ động: tiêm giải độc tố uốn ván (Anatoxin Tetanus - AT).

- Tiêm 3 mũi, mỗi mũi cách nhau 1 tháng.
- Sau đó cứ 10 năm tiêm nhắc lại 1 mũi.

2. Phòng bệnh thụ động sau khi bị thương

- Cắt lọc sạch vết thương, rửa oxy già và thuốc sát trùng.
- Dùng kháng sinh penicillin.
- Tiêm SAT 1500 đơn vị (1 ống). Phải tiêm kèm AT để có miễn dịch chủ động.

BỆNH DO LIÊN CẦU LỢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh do vi khuẩn *Streptococcus suis* (S.suis) gây nên. Người mắc bệnh thường do tiếp xúc trực tiếp với lợn có mang mầm bệnh.

Biểu hiện bệnh thường cấp tính, đa dạng, từ viêm màng não đến shock nhiễm khuẩn dẫn đến tử vong nếu không được điều trị kịp thời.

II. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

Là cầu khuẩn bắt màu Gram dương, có hình trứng hoặc thon dài, đứng riêng lẻ, xếp đôi hoặc thành chuỗi ngắn. Vi khuẩn không di động, thường có vỏ, đường kính 2µ.

Đến nay đã phát hiện được 35 typ huyết thanh của S.suis dựa vào cấu trúc kháng nguyên của vỏ, trong đó typ 2 hay gây bệnh cho người. Độc lực của S.suis rất thay đổi tùy thuộc vào từng chủng, động vật gây bệnh thực nghiệm (chuột, lợn), do đó đến bây giờ khả năng gây bệnh của S.suis vẫn còn chưa biết rõ. Vi khuẩn dễ bị tiêu diệt bởi các chất tẩy rửa.

Khả năng gây bệnh:

Trên động vật:

Vi khuẩn cư trú ở đường hô hấp trên, đặc biệt là ở mũi, đường tiêu hoá và sinh dục của lợn, ngoài ra còn phân lập được ở chim. Viêm màng não là

biểu hiện thường gặp nhất ở lợn, ngoài ra còn gặp S.suis gây bệnh trên lợn như viêm khớp, viêm nội tâm mạc, nhiễm khuẩn huyết.

S.suis phân lập được ở amidan của chó, mèo, ruột non của mèo, cũng thấy ở các cơ quan khác của ngựa, chim, bò, dê.

Trên người:

S.suis là tác nhân quan trọng lây bệnh từ động vật sang người, bệnh có tính chất nghề nghiệp vì gặp ở những người chăn nuôi hạc giết mổ gia súc bị bệnh. Ở người, S. suis cũng gây các bệnh cảnh như viêm nang não với biến chứng điếc và rối loạn tiền đình, viêm khớp, viêm cơ tim, nhiễm khuẩn huyết.

III. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

1. Viêm màng não mủ: là biểu hiện gặp nhiều nhất trong các thể bệnh của nhiễm S.suis. Đặc điểm lâm sàng không khác so với viêm màng não mủ do các căn nguyên khác.

- Hội chứng nhiễm trùng cấp tính.
- Hội chứng màng não: đau đầu, nôn, cứng gáy, có thể hôn mê sớm.
- Biểu hiện thường gặp cần theo dõi và phát hiện sớm là biến chứng điếc và rối loạn tiền đình. Bệnh nhân có chóng mặt, đi lại không vững, nghe kém hoặc điếc hẳn một hoặc hai bên tai.
- Xét nghiệm: dịch não tủy đục, tăng protein, đường giảm, tế bào rất tăng và chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính.

Soi, cấy dịch não tủy cho kết quả dương tính với S.suis.

2. Nhiễm khuẩn huyết: biểu hiện thường gặp thứ 2 sau viêm màng não mủ.

- Khởi phát cấp tính: sốt cao, kèm theo ớn lạnh hoặc rét run
Rất mệt mỏi, đau nhức cơ toàn thân.

Đau đầu, buồn nôn và nôn, đau bụng, tiêu chảy.

Ban xuất huyết thành từng mảng ở trên da toàn thân hoặc nhiều ở các chi. Tình trạng nhiễm trùng rất rõ rệt

- Sốc nhiễm khuẩn: biểu hiện lâm sàng rất rầm rộ.

Tình trạng sốc: nhịp tim nhanh, da lạnh, vã mồ hôi, tiểu ít hoặc vô niệu

Hội chứng suy gan, thận cấp.

Suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS).

Rối loạn đông máu, CIVD, xuất huyết dưới da, niêm mạc, nội tạng.

Hoại tử phần mềm, viêm mô tế bào, viêm cơ, tử ban và có thể có hoại thư...

– Xét nghiệm:

Công thức máu: số lượng bạch cầu tăng, chủ yếu đa nhân trung tính.

Cấy máu: xác định vi khuẩn gây bệnh là *S.suis*.

Phản ứng PCR : *S.suis* (+).

3. Các biểu hiện lâm sàng khác

3.1. Viêm nội tâm mạc do *S.suis*

Thường gặp sốt, đau ngực, suy tim xung huyết, rối loạn nhịp tim.

Siêu âm phát hiện cục sùi ở van tim.

Cấy máu có *S.suis* (+).

3.2. Viêm nội nhãn do *S.suis*

Bệnh nhân có giảm thị lực, đau mắt, viêm kết mạc mắt một hoặc hai bên.

Thăm khám thấy viêm mủ nội nhãn.

Cấy dịch kính có *S.suis* (+).

4. Một số biểu hiện khác hiếm gặp hơn như viêm dạ dày ruột, viêm phổi, viêm phúc mạc, viêm đốt sống

IV. CHẨN ĐOÁN

– Dựa vào yếu tố dịch tễ lưu ý: trong khoảng 7 ngày trước khi phát bệnh có tiếp xúc trực tiếp với lợn ốm /chết hoặc thịt lợn không rõ nguồn gốc. Những người chăn nuôi lợn tại gia đình hay trong các trại chăn nuôi, vận chuyển buôn bán, giết mổ lợn ốm.

Ăn thịt lợn ốm, chết hoặc không rõ nguồn gốc, thịt nấu chưa chín, lòng và phủ tạng trần, tiết canh, nem chua.

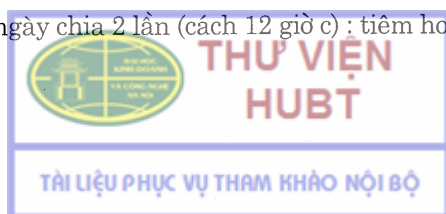
– Bệnh cảnh lâm sàng.

– Xét nghiệm (máu, dịch não tủy hoặc bệnh phẩm khác) khẳng định nhiễm *S.suis*.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị đặc hiệu

Ceftriaxon 4 g/ ngày chia 2 lần (cách 12 giờ c) : tiêm hoặc truyền tĩnh mạch.



Hoặc ampicilin 12g/ ngày (cách mỗi 4 giờ tiêm tĩnh mạch 2g /1 lần)

Trường hợp nặng đe dọa hoặc sốc nhiễm khuẩn: kết hợp hai loại kháng sinh trên hoặc có thể phối hợp thêm một loại kháng sinh phổ rộng khác.

Khi đã có kháng sinh đồ phải cân nhắc lại loại và liều lượng kháng sinh cho phù hợp.

Thời gian dùng kháng sinh có thể tới 3 tuần.

2. Điều trị hỗ trợ

2.1. Hỗ trợ hô hấp: nếu hôn mê phải đặt nội khí quản và cho thở máy.

2.2. Nếu có sốc chú ý đảm bảo thể tích tuần hoàn: cho dịch keo và cao phân tử

Điều chỉnh thăng bằng kiềm toan: lưu ý khi có toan chuyển hoá.

Nếu CVP >8-12cm H₂O và huyết áp tụt cần cho thuốc vận mạch: dopamin, noradrenalin.

Khi có sốc dùng corticoid liều thấp đến khi hết sốc thì ngừng. Chú ý theo dõi đường máu và tình trạng xuất huyết tiêu hoá.

2.3. Suy thận: dùng thuốc lợi tiểu (Furosemid), lọc thận nhân tạo theo chỉ định.

2.4. Bệnh nhận viêm màng não: cho thuốc chống phù não, chống co giật, chống loét

VI. PHÒNG BỆNH

Không tiếp xúc với lợn ốm /chết

Không làm thịt và ăn thịt lợn ốm hoặc không rõ nguồn gốc.

Không ăn thịt lợn hoặc tiết canh, phủ tạng nấu chưa chín.

Phối hợp cùng thú y kiểm soát thường xuyên gia súc chăn nuôi.

BỆNH DO LEPTOSPIRA

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xoắn khuẩn Leptospira gây nên.
- Trên lâm sàng bệnh có nhiều thể khác nhau từ nhiễm trùng không có biểu hiện lâm sàng đến bệnh tối cấp gây tử vong.



II. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

- Xoắn khuẩn *Leptospira* thuộc giống *Leptospira* họ *Leptospiraceae*. *Leptospira* có 2 chủng: Chủng gây bệnh *L. interrogans* và chủng tự do *L. biflexa*. Hơn 200 typ huyết thanh đã được tìm ra. Có 23 nhóm huyết thanh (serogroup) gây bệnh ví dụ như *L. icterohaemorrhagiae*, *L. grippityphosa*, *L. canicola*, *L. australis*, *L. pomona*, *L. ballum* v.v...

- *Leptospira* có hình xoắn đều, mảnh, di động nhanh có móc ở đuôi và 2 cơ quan trông giống cái roi để vi khuẩn dễ dàng xuyên sâu vào tổ chức. Nó dài 6 - 20 μm rộng 0,1 μm có thể nhìn thấy vi khuẩn qua kính hiển vi nền đen thấy vi khuẩn có màu ánh bạc. *Leptospira* cần môi trường nuôi cấy đặc biệt, đủ điều kiện, vi khuẩn mọc sau nhiều tuần nuôi cấy.

III. DỊCH TỄ HỌC

- Nhiễm *Leptospira* có thể lây truyền do tiếp xúc trực tiếp với nước tiểu, máu, tổ chức của động vật bị nhiễm bệnh. *Leptospira* được thải qua nước tiểu ra môi trường, có thể sống trong nước, bùn nhiều tháng. Bệnh có thể phát triển thành dịch do nước bị nhiễm xoắn khuẩn. Sự lây truyền từ người sang người rất hiếm. Bệnh *Leptospira* thường xảy ra ở các nước nhiệt đới - nơi khí hậu cũng như điều kiện vệ sinh thấp kém thích hợp cho xoắn khuẩn sống và phát triển.

- Nhóm người có nguy cơ mắc bệnh cao như những người nông dân làm ruộng, trồng rau, chăn nuôi, những công nhân làm vệ sinh nạo vét cống, giết mổ gia súc, cá, trẻ em hay tắm ở ao hồ do tiếp xúc với nước, bùn bị nhiễm *Leptospira*. Trong mùa mưa do tình trạng úng ngập xảy ra thường xuyên và ở nhiều nơi bất kỳ ai cũng có thể nhiễm bệnh.

IV. LÂM SÀNG

- Thời kỳ ủ bệnh thường kéo dài từ 1 đến 2 tuần, từ 2 đến 26 ngày.

- Nhiễm *Leptospira* có thể diễn biến hai pha. Nhiễm *Leptospira* điển hình thường khởi đầu bằng giai đoạn nhiễm *Leptospira* huyết thường kéo dài từ 4 đến 7 ngày. Trong giai đoạn này biểu hiện bệnh không đặc hiệu giống như cúm, có thể phân lập *Leptospira* từ máu, dịch não tủy và hầu hết các tổ chức. Sau giai đoạn này bệnh nhân hết sốt từ 1 đến 2 ngày tiếp theo là giai đoạn 2, "Giai đoạn miễn dịch" kéo dài từ 4 đến 30 ngày, đôi khi dài hơn. Xoắn khuẩn bị loại trừ trong máu và dịch não tủy nhưng vẫn còn trong thận, nước tiểu. Giai đoạn này có sự hiện diện của kháng thể trong máu và xuất hiện viêm màng não, viêm mống mắt, phát ban và trong những thể nặng có viêm gan thận.



1. Nhiễm *Leptospira* thể không vàng da

– Bệnh biểu hiện cấp giống như cúm với sốt. Rét run đầu đầu nhiều, buồn nôn, nôn và đau cơ kéo dài 4 - 7 ngày. Trong thể này giai đoạn 2 có thể không xảy ra.

– Trong giai đoạn miễn dịch của bệnh sốt thường nhẹ hơn và kéo dài từ 1 - 3 ngày. Đau đầu thường dữ dội thường ở vùng trán hoặc hai hốc mắt có khi là khởi đầu của viêm màng não có sảng nhưng rối loạn tâm thần nặng hiếm gặp. Đau cơ đặc biệt cơ bắp chân, lưng và bụng là một dấu hiệu quan trọng giúp cho chẩn đoán. Thăm khám lâm sàng thấy đau cơ, xung huyết kết mạc, hạch to, gan lách to và phát ban. Hầu hết bệnh nhân có nhịp tim nhanh đôi khi có cơn nhịp nhanh, xung huyết mắt và xuất huyết củng mạc mắt, nhìn đôi, đau hốc mắt thường gợi ý cho chẩn đoán. Biểu hiện hô hấp như ho, đau ngực, đờm có dính máu gặp trong hầu hết các trường hợp bệnh. Một vài trường hợp có thể ho ra máu. Khoảng 15% số bệnh nhân có biểu hiện viêm màng não nước trong vô khuẩn tồn tại vài ngày nhưng cũng có thể kéo dài hàng tuần.

2. Thể vàng da của nhiễm *Leptospira* (hội chứng Weil)

– Thể nặng của nhiễm *Leptospira* thường gặp trong nhiễm *L. interrogans* nhưng cũng có thể gặp trong bất kỳ nhóm huyết thanh nào, biểu hiện vàng da suy chức năng gan thận, xuất huyết truy mạch hôn mê và tử vong cao 5 - 10% có khi còn cao hơn. Bệnh khởi đầu cũng như thể không vàng da, sau 4 - 9 ngày vàng da cũng như suy thận và viêm mạch máu phát triển.

– Vàng da tăng dần có màu vàng da cam thường không kết hợp với hoại tử tế bào gan nặng. Bệnh nhân ít khi tử vong do suy gan. Thăm khám thấy gan to và đau ở hạ sườn phải, 20% số bệnh nhân có lách to.

– Suy thận thường xuất hiện vào tuần thứ 2 của bệnh do xoắn khuẩn xâm nhập gây viêm thận kẽ và ống thận. Hạ thể tích máu và giảm tuổi máu thận dẫn đến hoại tử ống thận cấp biểu hiện bằng thiếu niệu và vô niệu. Một số bệnh nhân cần được lọc thận, chức năng thận có thể hồi phục hoàn toàn. Biểu hiện hô hấp bao gồm ho, khó thở, đau ngực, đờm dính máu đôi khi ho ra máu thậm chí suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS).

– Biểu hiện xuất huyết bao gồm chảy máu cam, chấm và nốt xuất huyết có thể gặp bầm tím ngoài da. Đôi khi bệnh nhân bị xuất huyết nặng ở đường tiêu hoá. Hiếm khi xuất huyết thượng thận và dưới màng nhện.

– Tiêu cơ vân, tán huyết, viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim, suy tim, sốc do tim, suy đa phủ tạng có thể gặp trong nhiễm *Leptospira* thể nặng.

V. CẬN LÂM SÀNG

- Nước tiểu có hồng cầu, bạch cầu, trụ hạt và trụ trong, tăng protein nhẹ trong nhiễm *Leptospira* thể nhẹ. Suy thận với tăng urê, creatinin, kali và toan chuyển hoá gặp trong thể nặng.
- Số lượng bạch cầu thay đổi từ 3.000 đến 26.000/mm³. Hạ tiểu cầu gặp trong một nửa các trường hợp. Tốc độ máu lắng tăng.
- Bilirubin, phosphatase kiềm cũng như men transaminase tăng vừa phải so với viêm gan virus. Tỷ lệ prothrombin có thể giảm nhưng đáp ứng tốt với điều trị bằng vitamin K.
- Men creatine phosphokinase (CPK) tăng trong hơn 50% số bệnh nhân ở tuần đầu của bệnh có thể giúp cho chẩn đoán.
- Nước não tủy biến đổi như viêm màng não nước trong, trong giai đoạn đầu thành phần tế bào thường là bạch cầu đa nhân sau đó chuyển thành monocyte, protein tăng nhẹ, glucose bình thường.
- Trong bệnh do *Leptospira* nặng chập phổi có thể thấy mờ ở nhu mô, thường ở thùy dưới phía lưng do chảy máu.

VI. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

- Xác định chẩn đoán *Leptospira* có thể dựa vào chẩn đoán huyết thanh học. Phản ứng Martin Petit là phản ứng ngưng kết tan (reaction d'agglutination lyse-RAL) và thử nghiệm vi ngưng kết (microscopie agglutination test-MAT) thường được áp dụng cho chẩn đoán thường quy. Hiệu giá kháng thể $\geq 1:100$ vào tuần thứ 2 hoặc tăng hiệu giá kháng thể ở lần 2 và sau 2 tuần. Đáp ứng kháng thể có thể bị ảnh hưởng nếu điều trị kháng sinh sớm. Các thử nghiệm khác như thử nghiệm miễn dịch hấp phụ gắn men (ELISA, Mac-ELISA, dot-ELISA), ngưng kết hồng cầu gián tiếp chỉ có thể làm ở các phòng xét nghiệm chuyên sâu.
- Phản ứng chuỗi khuếch đại gen (polymerase chain reaction-PCR) rất chính xác để xác định chủng nhưng còn chưa được áp dụng thường quy.
- Có thể phân lập *Leptospira* từ máu, nước não tủy trong 10 ngày đầu và từ nước tiểu sau vài tuần, đôi khi cấy nước tiểu còn dương tính hàng tháng tới hàng năm sau khi bị bệnh. Môi trường thường dùng để phân lập vi khuẩn là Ellinghausen - Mc. Cullough - Johnson Haris (EMJH) hoặc Fletcher hoặc Korthoff giữ 5 - 6 tuần ở nhiệt độ 28 - 30°C trong tối. Phân lập *Leptospira* có ý nghĩa trong xác định chủng.



VII. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

– Nhiễm *Leptospira* cần được chẩn đoán phân biệt với những bệnh có sốt, đau đầu, đau cơ như cúm, sốt rét, viêm gan virus, sốt Dengue, bệnh do Hantavirus và bệnh do Rickettsia.

– Nhiễm *Leptospira* thể nặng (hội chứng Weil) cần được phân biệt với các bệnh sau:

Sốt rét nặng và biến chứng.

Viêm gan virus thể nặng có xuất huyết.

Sốt xuất huyết Dengue.

Bệnh do Hantavirus

Bệnh do Rickettsia

Bệnh thương hàn

Viêm đường mật tăng urê huyết (Angiocholite uremigena).

Nhiễm trùng huyết các loại.

Ngộ độc các loại

VIII. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị đặc hiệu

Điều trị kháng sinh nên bắt đầu càng sớm càng tốt.

1.1. Thể nhẹ

- Doxycyclin 100mg uống 2 lần/1 ngày hoặc
- Ampicillin 500 - 750mg uống 4 lần/1 ngày hoặc
- Amoxycillin 500mg uống 4 lần/1 ngày

1.2. Thể trung bình và nặng

- Penicillin G 1,5 - 2 triệu đơn vị tiêm tĩnh mạch 4 lần/1 ngày.
- Ampicillin 1g tiêm tĩnh mạch 4 lần/1 ngày hoặc amoxycillin 1g tiêm tĩnh mạch 4 lần/1 ngày.
- Nếu dị ứng với penicillin có thể thay bằng erythromycin 500mg 4 lần/1 ngày.
- Thời gian dùng thuốc kéo dài từ 7 - 10 ngày.
- Một số kháng sinh mới như các cephalosporin thế hệ 3 có tác dụng tốt in vitro với *Leptospira* hiện chưa có đủ dữ liệu áp dụng trên lâm sàng.

2. Điều trị hỗ trợ

– Nhiễm *Leptospira* thể nặng cần được theo dõi điều trị ở đơn vị hồi sức tích cực. Bù đủ dịch bằng truyền tĩnh mạch đảm bảo khối lượng tuần hoàn, duy trì mạch huyết áp ổn định nếu cần có thể dùng dobutamin, dopamin.

– Trường hợp bệnh nhân vô niệu, suy thận cần chỉ định lọc thận nhân tạo sớm khi vô niệu trên 2 ngày và urê và kali máu tăng. Nếu suy thận còn nước tiểu và đáp ứng với điều trị lợi niệu có thể dùng lợi tiểu furosemid, bù dịch và điều chỉnh toan huyết bằng natribicarbonat.

– Truyền máu toàn phần hoặc khối tiểu cầu trong trường hợp có xuất huyết.

– Đảm bảo hô hấp bằng hút đờm dãi, thở oxy, đặt ống nội khí quản, thở máy khi cần thiết.

– Có thể dùng vitamin K, thuốc lợi mật và chống hoại tử tế bào gan.

– Phần lớn nhiễm *Leptospira* hồi phục hoàn toàn, tử vong thường gặp ở những bệnh nhân nặng với xuất huyết trầm trọng, suy thận, gan nặng, suy hô hấp, trụy mạch đặc biệt ở người già và phụ nữ có thai dễ bị thai lưu.

IX. PHÒNG BỆNH

Việc phòng *Leptospira* cho người rất khó khăn bởi vì khó có thể loại trừ được các động vật bị nhiễm, có thể áp dụng một biện pháp phòng bệnh sau:

– Quản lý vật nuôi tránh thải nước tiểu, phân trực tiếp ra cống, ao hồ gây ô nhiễm nước.

– Tiêm vaccin phòng bệnh cho súc vật và giám sát bệnh ở vật nuôi.

– Diệt chuột

– Có bảo hộ lao động đối với người có nguy cơ cao như đeo găng, đi ủng, đeo kính bơi.

– Không nên tắm ở ao hồ

– Tiêm phòng vaccin phòng bệnh *Leptospira*: 2 mũi đầu 1ml cách nhau 15 ngày. Một mũi tiêm nhắc lại cách 6 tháng, 98% người được tiêm đủ có miễn dịch tốt trong 3 năm.

– Có thể dự phòng bằng thuốc doxycyclin 200mg 1 lần/1 tuần cho những người có khả năng nhiễm bệnh khi có dịch.

BỆNH LÝ DO SHIGELLA

I. ĐỊNH NGHĨA

- Nhiễm Shigella là bệnh lý viêm nhiễm cấp tính ở đường tiêu hoá do trực khuẩn Shigella gây nên.
- Biểu hiện bệnh lý thay đổi từ thể tiêu chảy phân nước nhẹ cho đến các thể nặng nề với đau bụng quặn, mót rặn, tiêu phân nhầy máu, sốt và dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc.
- Shigella còn gây các biểu hiện bệnh lý ở ngoài đường tiêu hoá như viêm kết mạc, viêm âm đạo, viêm phổi, viêm khớp, viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết...
- Biểu hiện ở đường tiêu hoá thường tự khỏi trong vài ngày. Dùng kháng sinh sớm có tác dụng giúp hồi phục sớm và rút ngắn thời gian thải vi khuẩn ra phân.

II. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

1. Đặc điểm vi khuẩn

- Shigella là trực khuẩn Gram âm không di động, thuộc họ Enterobacteriaceae. Dựa vào đặc điểm kháng nguyên thân O và các đặc tính sinh hoá, người ta chia làm 4 nhóm chính: A, B, C, D như sau :
- Shigella dysenteriae: Nhóm A
- Shigella flexneri: Nhóm B
- Shigella boydii: Nhóm C
- Shigella sonnei: Nhóm D.
- Shigella dysenteriae 1 (còn gọi là trực khuẩn Shiga) hay gây dịch và tử vong cao hơn các týp khác.

2. Độc tố

- Nội độc tố của Shigella có bản chất lipopolysaccharide, có hoạt tính sinh học giống như nội độc tố của các loài Enterobacteriaceae khác.
- Ngoài ra trực khuẩn Shiga còn tiết ra ngoại độc tố có tác dụng ức chế sự sinh tổng hợp protein, có hoạt tính như một enterotoxin. Có ý kiến cho rằng đây là nguyên nhân gây nên các triệu chứng nhiễm độc thần kinh hay gặp ở trẻ em.

– Sau khi được tiết ra, độc tố sẽ gắn dính vào cảm thụ thể bản chất là glycoprotein ở màng tế bào. Sau đó phân hoạt hoá được chuyển vào bên trong tế bào và ngăn cản sự tổng hợp protein ở phần 60S của ribosome.

III. DỊCH TỄ HỌC

1. Nguồn bệnh

Người là vật chủ duy nhất. Người lành mang vi khuẩn, người bệnh, người đang thời kỳ hồi phục thải nhiều vi khuẩn trong phân và lây bệnh cho người xung quanh.

2. Đường lây truyền bệnh

– Người bệnh không được điều trị tiếp tục thải vi khuẩn ra phân đến sáu tuần sau khi khỏi bệnh và là nguồn lây quan trọng.

– Vi khuẩn được tìm thấy rất nhiều trên các đồ dùng của người bệnh, đặc biệt là bồn vệ sinh. Vi khuẩn có thể xuyên qua giấy vệ sinh, nhiễm tay người bệnh và cây dương tính ở tay bồn sau nhiễm khuẩn ba giờ.

– Bệnh lây chủ yếu trực tiếp từ người sang người qua tay bẩn. Vi khuẩn nhạy cảm với sự khô ráo, nhưng sống được nhiều tháng ở nhiệt độ thích hợp trong thức ăn và nước.

– Lây gián tiếp qua trung gian như đồ dùng, thực phẩm, nước, do ruồi nhặng.

– Bệnh có thể gây dịch ở những nơi sống chật chội, điều kiện vệ sinh cá nhân kém, nguồn nước ô nhiễm, nơi có tập quán dùng phân tươi để bón hoa màu. Bệnh hay bộc phát trong các tập thể như nhà dưỡng lão, trung tâm nuôi trẻ, trường học, ký túc xá, nhà giam...

– Bệnh ngày càng được lưu ý ở những trường hợp đồng tính nam và là nguyên nhân dẫn đến hội chứng tiêu chảy ở người đồng tính nam (gay bowell).

3. Cơ thể cảm thụ

– Đối tượng hay mắc bệnh là trẻ em 1 - 4 tuổi. Nữ nhiều hơn nam.

IV. LÂM SÀNG

1. Thời kỳ ủ bệnh: không có biểu hiện lâm sàng. Thường kéo dài 12 - 72 giờ (trung bình 1 - 5 ngày)

2. Thời kỳ khởi phát: 1-3 ngày

– Đột ngột với các triệu chứng không đặc hiệu:



+ Hội chứng nhiễm trùng: sốt cao 39 - 40°C đột ngột, thường kèm theo ớn lạnh, đau nhức cơ toàn thân, mệt mỏi biếng ăn, buồn nôn hoặc nôn mửa. Ở trẻ nhỏ có thể co giật do sốt cao.

+ Triệu chứng tiêu hoá: khởi đầu là tiêu chảy phân lỏng hoặc tiêu toàn nước vàng, kèm theo đau bụng có thể dẫn đến mất nước và điện giải nặng, suy thận cấp, nhưng thường không đến mức đe dọa tính mạng trừ ở trẻ quá nhỏ và người già.

3. Thời kỳ toàn phát

Bệnh diễn tiến thành bệnh cảnh lỵ với đầy đủ:

- Đi ngoài phân nhầy, nhiều lần, lượng phân càng lúc càng ít dần. Trường hợp nặng có thể đến 20 - 40 lần/ngày.

- Mót rặn nhiều, ngày càng tăng, đau thắt ở vùng trực tràng, có thể dẫn đến sa trực tràng ở người già, suy kiệt.

- Đau bụng quặn từng cơn, nhưng thường giảm sau vài ngày. Thể trạng suy sụp nhanh chóng, người mệt mỏi, hốc hác, môi khô, lưỡi vàng bẩn.

- Khám bụng thường thấy đau rõ ở nửa dưới bụng bên trái, vùng đại tràng sigma, hoặc đau toàn bộ khung đại tràng.

4. Diễn biến và các thể lâm sàng

- Thông thường sau một đến hai tuần không điều trị bệnh cũng cải thiện dần. Tuy nhiên, bệnh cảnh lâm sàng có khi rất khác nhau như:

- Có thể nặng và cấp với sốt cao, lạnh run, tiêu chảy ô ạt, rối loạn nước điện giải, suy tuần hoàn, tử vong; thường là do nhiễm *Shigella dysenteriae* 1.

- Có thể nhẹ (thường là do nhiễm *S. sonnei*) với tiêu chảy nhẹ hoặc không triệu chứng rõ, chỉ có đau bụng âm ỉ, tiêu phân lỏng thoáng qua sau đó tự khỏi.

- Thể mạn tính: bệnh nhân đi ngoài mũi máu kéo dài làm mất nhiều đạm, rối loạn nước điện giải kéo dài, suy kiệt.

- Ở trẻ em 1-4 tuổi thường bệnh cấp tính với sốt rất cao kèm co giật, biểu hiện thần kinh như li bì, lơ mơ, đau đầu, cổ cứng. Một số trường hợp có thể tử vong do hội chứng tán huyết, urê huyết cao hoặc sốc nội độc tố.

V. XÉT NGHIỆM

1. Công thức máu: ít có giá trị chẩn đoán.

- Bạch cầu thường tăng trong khoảng 5.000 - 15.000/mm³ với tăng tỷ lệ đa nhân trung tính. Có thể đến 30.000/mm³.

2. Xét nghiệm phân: có giá trị quan trọng và cần thiết để chẩn đoán. Xét nghiệm phân gồm có:



- Soi phân tươi: xem đại thể: trường hợp nặng thấy phân lỏng có nhiều nhầy mủ lẫn máu, soi sẽ thấy rất nhiều hồng cầu, bạch cầu đa nhân.

- Cấy phân: do tính chất kháng thuốc qua trung gian plasmid vi khuẩn ngày càng kháng với các kháng sinh thông thường nên cần phải làm kháng sinh đồ (KSD).

3. Soi trực tràng

- Thấy hình ảnh viêm lan toả cấp tính niêm mạc, có nhiều vết loét nông đường kính 3-7mm, có thể xuất huyết chỗ loét và cần lấy chất nhầy tại chỗ loét để tìm vi khuẩn.

4. Huyết thanh chẩn đoán: ít có giá trị trên thực tế

- Phương pháp miễn dịch huỳnh quang trực tiếp: trên thực tế chỉ dùng huyết thanh đơn giá để chẩn đoán bệnh nhanh khi có dịch ở địa phương do một tít huyết thanh đã biết trước.

- Phản ứng ngưng kết: phát hiện kháng thể trong huyết thanh nhưng không có giá trị chẩn đoán sớm.

VI. BIẾN CHỨNG

- Thường ít xảy ra, ngay cả trong trường hợp không được điều trị, trừ ở người già và trẻ em nhỏ.

1. Biến chứng sớm

- Sốc do mất nước và điện giải.
- Thủng ruột già ở cơ địa suy kiệt.
- Sa trực tràng hay gặp ở người già.
- Nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram âm (thường là E. coli).
- Viêm màng não, viêm phổi, viêm tuyến mang tai, viêm thần kinh ngoại biên, hội chứng tán huyết, urê huyết cao.

2. Biến chứng muộn

- Suy dinh dưỡng, phù nề toàn thân do mất đạm kéo dài.
- Viêm khớp gối, mất cá chân.
- Hội chứng Reiter ở người có HLA-B27 dương tính.

VII. ĐIỀU TRỊ

1. Bồi phụ nước điện giải

- Cần được thực hiện như các trường hợp tiêu chảy khác với dung dịch ORS uống sớm, hoặc dịch truyền nếu mất nước điện giải nặng.

2. Kháng sinh

- Có vai trò rút ngắn thời gian bệnh và giảm ngắn thời gian thải vi khuẩn ra phân. Các loại kháng sinh đang được dùng là:

- Ampicillin 2g/ngày, chia làm bốn lần x 5 ngày, ở trẻ em 100mg/kg/ngày, chia bốn lần.

- Trimethoprim + Sulfamethoxazol (viên 80mg + 400mg) x 2 viên x 2 lần/ngày x 5 ngày cho người lớn. Hoặc 48mg/kg chia 2 lần/ngày cho trẻ em.

- Hiện nay, tỷ lệ vi khuẩn kháng hai loại kháng sinh trên ngày càng tăng. Trường hợp này có thể dùng : Quinolon thế hệ thứ ba như (không dùng cho trẻ em) :

+ Ciprofloxacin	500mg	x	2 lần/ngày hoặc
+ Pefloxacin	400mg	x	2 lần/ngày hoặc
+ Ofloxacin	200mg	x	2 lần/ngày.

- Một số thuốc có tác dụng in vitro nhưng không có tác dụng in vivo như amoxicillin, neomycin, kanamycin.

3. Điều trị triệu chứng

- Các thuốc làm giảm nhu động ruột có thể làm cải thiện triệu chứng nhưng không nên sử dụng vì làm kéo dài thời gian bệnh và làm chậm thải trừ vi khuẩn.

VIII. PHÒNG BỆNH

- Vệ sinh thực phẩm, vệ sinh ăn uống, và vệ sinh nước: cần rửa tay cẩn thận trước khi ăn và chế biến thực phẩm. Sử dụng nước sạch. Xử lý nước thải hợp vệ sinh. Diệt ruồi nhặng. Kiểm tra vệ sinh các loại thức uống và nước ăn chế biến sẵn.

- Phát hiện và cách ly người bệnh. Khử khuẩn chất thải của người bệnh.

- Kiểm tra phát hiện và điều trị người lành mang trùng, người nhiễm trùng nhẹ, nhất là nhân viên trong các khâu chế biến và phân phối thực phẩm.



BỆNH CÚM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh cúm do virus cúm A,B,C gây nên, là bệnh truyền nhiễm cấp tính đường hô hấp, thường hay gây thành dịch, đôi khi thành đại dịch.
- Bệnh tiến triển thường lành tính, có thể nặng hơn ở những người có bệnh lý tim mạch, hô hấp, người già hoặc ở những thể bệnh có biến chứng gây tỷ lệ tử vong cao.
- Bệnh hay gặp vào mùa đông, đông xuân.

II. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

- Virus gây bệnh thuộc họ orthomyxoviridae, có chứa ARN, sợi đơn, xoắn đối xứng, dễ bị tiêu diệt ở nhiệt độ thông thường.
- Đặc tính kháng nguyên phân virus cúm thành 3 loại chính: A,B,C khác nhau.
- Một đặc điểm chính của Myxovirus là tính không bền vững của gen, tạo ra những typ virus mới nên dễ gây dịch và khó sản xuất vaccine phòng chống.

III. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

1. Bệnh cúm thông thường

- Ủ bệnh thường ngắn 1-3 ngày, trung bình 2 ngày, hoàn toàn yên lặng
- Khởi phát:
 - + Sốt cao đột ngột 39-40°C, rét run, nhức đầu, buồn nôn.
 - + Đau đầu và đau nhức cơ toàn thân không muốn cử động.
- Toàn phát: có sự đối lập giữa các mức độ nặng của các triệu chứng cơ năng với sự nghèo nàn về các dấu hiệu thực thể.
 - + Toàn thân: sốt cao 40°C, rét run, mạch nhanh, mệt mỏi nhiều, ăn ngủ kém. Thường sốt khoảng 3-5 ngày, đôi khi có sốt 2 pha (đang sốt cao hạ nhiệt độ rồi sau lại sốt cao lên).
 - + Đau lan tỏa toàn thân, đau đầu dữ dội, đau vùng trán và hai hố mắt, sợ ánh sáng.
 - + Viêm xuất tiết đường hô hấp trên: viêm kết mạc mắt, chảy nước mắt, chảy nước mũi, đau họng thanh quản cùng với nuốt khó, khó phát âm, đau rát sau xương ức, ho khan

Một số trường hợp nặng có thể gặp viêm phế quản cấp hoặc viêm phổi cấp

+ Khám thực thể thấy: họng đỏ lan tỏa, lưỡi trắng, một vài ran ẩm ở phổi.

- Diễn biến: cúm diễn biến thường ngắn, khỏi tự nhiên sau 4-7 ngày. Sốt và các triệu chứng khác mất đi đồng thời nhưng ho và mệt mỏi thì có thể kéo dài đến vài tuần, người gầy sút.

2. Các thể lâm sàng khác

2.1. Cúm bội nhiễm

- Các vi khuẩn gây bội nhiễm thường gặp là *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*.

- Biểu hiện: sốt kéo dài, ho khạc đờm mủ, các biểu hiện về hô hấp nặng lên, bạch cầu đa nhân trung tính tăng. Đó có thể là viêm phổi, viêm phế quản phổi, hiếm khi viêm mủ màng phổi. Ở trẻ nhỏ cần lưu ý đến tổn thương ở đường hô hấp trên (viêm tai, viêm xoang, viêm thanh quản).

- Có thể gặp các biểu hiện ngoài phổi gây ra bởi virus như: rối loạn tiêu hóa, viêm màng não tăng bạch cầu lympho, có hoặc không có các triệu chứng của viêm não, viêm màng ngoài tim hoặc viêm cơ tim, tiêu cơ vân ở trẻ nhỏ.

- Có thể gây sảy thai ở phụ nữ có thai nhưng không thấy nói đến tình trạng gây quái thai.

2.2. Cúm ác tính

- Hiếm gặp, thường gây tử vong.

- Bệnh cảnh lâm sàng là phù phổi cấp tổn thương, xác định bằng hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển, xuất hiện vài ngày sau khi có các triệu chứng cúm thông thường.

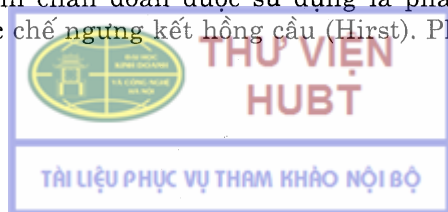
- Biểu hiện ngoài bộ máy hô hấp có thể gặp là viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim, viêm gan, suy thận cấp, viêm não màng não.

- Tiến triển: mặc dù có các phương tiện hỗ trợ hô hấp nhưng thông thường hay gây tử vong trong bệnh cảnh thiếu oxy. Những trường hợp sống sót thường để lại di chứng đường hô hấp nặng nề do xơ hóa vách lan tỏa.

3. Xét nghiệm

+ Phân lập virus trên môi trường nuôi cấy tế bào: có thể thực hiện trong 3 ngày đầu khi có biểu hiện lâm sàng, bệnh phẩm lấy từ đường hô hấp trên, nhưng cũng có thể lấy máu và dịch não tủy

+ Huyết thanh chẩn đoán được sử dụng là phản ứng cố định bổ thể hoặc là phản ứng ức chế ngưng kết hồng cầu (Hirst). Phản ứng Hirst là phản



ứng thông dụng nhất, dựa vào đặc tính của virus cúm là có khả năng tự gây ngưng kết hồng cầu gà.

Phải làm 2 lần cách nhau 7-10 ngày, ở người lớn hiệu giá kháng thể lần sau phải có giá trị gấp trên 4 lần so với lần đầu thì mới có giá trị chẩn đoán.

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. Viêm mũi họng do các loại virus khác (như Adenovirus, virus hợp bào hô hấp, Enterovirus), các vi khuẩn nội bào (như Mycoplasma, Chlamydiae, Coxiella) đều gây bệnh cảnh lâm sàng giống như cúm (hội chứng cúm). Chỉ có xét nghiệm sinh học mới có giá trị chẩn đoán tác nhân gây bệnh.

2. Dengue xuất huyết.

3. Viêm phế quản, viêm phổi.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Không có biện pháp điều trị đặc hiệu đối với cúm.

2. Cúm ở người khỏe mạnh:

- Cho bệnh nhân nằm nghỉ tuyệt đối khi bắt đầu có các triệu chứng
- Cách ly bệnh nhân
- Chỉ điều trị triệu chứng như giảm đau, hạ sốt, an thần, giảm ho, bồi phụ nước và dinh dưỡng hợp lý. Nhỏ mũi hàng ngày.
- Kháng sinh không dùng cho các trường hợp này.

3. Các trường hợp cúm có biến chứng hoặc cúm trên các cơ địa đặc biệt (suy dinh dưỡng, người già, người có bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn, suy hô hấp, suy tim) cần được điều trị kháng sinh ngay cả trong những trường hợp không có bằng chứng bội nhiễm vi khuẩn. Sử dụng kháng sinh nhóm Beta lactamin đường uống (amoxicillin+acide clavulanic, cephalosporin thế hệ 2-3) dường như có tác dụng tốt với chủng vi khuẩn gây bệnh.

VI. PHÒNG BỆNH

1. Phòng không đặc hiệu: khi đang có dịch phải tránh không để bị mệt nhọc và bị lạnh. Khi tiếp xúc với bệnh nhân phải đeo khẩu trang. Tránh đến nơi tụ họp đông người.

2. Phòng đặc hiệu:

- Tiêm phòng vaccine:



Liều 0,5ml đối với người lớn và 0,25ml đối với trẻ nhỏ dưới 10 tuổi, tiêm dưới da hoặc tiêm bắp đối với trẻ nhỏ. Nên tiêm vaccin vào mùa thu. Miễn dịch xuất hiện sau 10-15 ngày và kéo dài 9-12 tháng. Có thể nhắc lại mũi thứ 2 vào mùa đông của cùng năm đó.

– Thuốc:

- + Amantadin (Mantadix) 200mg/24h trong 10 ngày
- + Rimantadin (Rofluan) 100mg/24h trong 10 ngày
- + Thuốc có tác dụng ngăn cản sự xâm nhập của virus vào tế bào vật chủ.

BỆNH ĐẠI

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh đại là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus đại gây tổn thương hệ thần kinh trung ương của các loài động vật có vú và được lây truyền bằng các chất tiết nhiễm trùng thường là nước bọt. Đa số các tiếp xúc với virus đại là do súc vật bị nhiễm trùng cắn. Bệnh đại ở người thường biểu hiện bằng bệnh cảnh thần kinh cấp diễn và nhanh chóng dẫn tới tử vong.

Hiện chưa có thuốc nào chữa được người bị bệnh đại đã lên cơn, chỉ có tiêm phòng sớm và đúng mới mong cứu được người bị nhiễm virus đại.

II. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

– Virus đại thuộc họ Rhabdoviridae gồm hơn 200 loại virus gây bệnh cho các loại động vật có xương sống, không xương sống và thực vật.

– Virus đại bị bất hoạt bởi tia cực tím, ánh sáng mặt trời, tia X, ở nhiệt độ 56°C trong 1 giờ. Hầu hết các dung môi hữu cơ, chất tẩy rửa, các chất oxide hóa, savon đặc 20% đều có khả năng bất hoạt virus.

– Virus đại phân lập từ mô thần kinh của động vật mắc bệnh trong điều kiện thiên nhiên được gọi là virus đại đường phố (street virus) và có đặc tính: thời kỳ ủ bệnh dài, có tính gây bệnh cao gây ra thể đại hung dữ hay thể đại bại liệt. Virus đại sau khi cấy truyền nhiều lần trên não của vật thí nghiệm được gọi là virus đại cố định (fixed virus) có đặc tính là thời kỳ ủ bệnh ngắn, gây bệnh cảnh bại liệt trên động vật nhưng mất khả năng gây bệnh cho người nên đóng vai trò trong việc sản xuất vaccin.



III. DỊCH TỄ HỌC

Bệnh dại là bệnh của súc vật. Người mắc bệnh do bị nhiễm virus dại từ súc vật cắn. Bệnh lưu hành trên toàn thế giới.

Phần lớn chứa virus dại ở chó hoang dã và chó nhà. Ngoài ra ổ chứa virus còn ở mèo, chồn, cây và những loài động vật cổ vú khác. Ở Nam Mỹ, Trung Mỹ, Mexico có ổ chứa virus ở loài dơi hút máu và dơi ăn quả. Ở những nước đang phát triển thì chó là ổ chứa virus dại chủ yếu. Ngoài ra còn có thể thấy ở thỏ, sóc, chuột Ở Việt Nam ổ chứa virus chủ yếu ở chó nhà, hiếm thấy ở mèo.

Bệnh dại lưu hành ở tất cả các tỉnh, thành phố trong cả nước. Gần 50% số người chết do bệnh dại là trẻ em từ 0-16 tuổi, số còn lại hầu hết là tuổi lao động.

Nước dãi mang virus của súc vật bị dại được truyền sang súc vật hoặc người cảm nhiễm qua vết cắn, có thể qua vết cào, vết rách, xước mới trên da hoặc rất hiếm có thể qua niêm mạc còn nguyên vẹn.

IV. LÂM SÀNG

1. Nung bệnh: trung bình 40 ngày, có thể 6 tháng đến 1 năm hoặc 7-10 ngày nếu bị nhiều vết thương sâu rộng gần thần kinh trung ương, đặc biệt khẩu đối khẩu. Giai đoạn này hoàn toàn không có biểu hiện gì.

2. Khởi phát: còn gọi là thời kỳ tiền triệu, kéo dài 1-4 ngày, thường có yếu tố thuận lợi khởi động như sau một stress về thể xác hay tâm hồn. Giai đoạn này nổi bật bằng sốt, đau đầu, khó chịu, đau cơ, mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn và nôn mửa, viêm họng và ho khan. Triệu chứng tiền triệu gợi ý của bệnh dại là tê bì và co cứng cục bộ tại chỗ bị cắn (50-80% các trường hợp). Thường bệnh nhân mất ngủ.

3. Toàn phát: là thời kỳ viêm não. Đây là giai đoạn lâm sàng bệnh nhân tới viện. Thường khởi đầu bằng tăng quá mạnh hoạt tính vận động, kích thích và xúc động. Bệnh nhân nhanh chóng xuất hiện lú lẫn, ảo giác, tính gậy gố, co cơ, kích thích màng não. Người thường uốn cong, đôi khi có động kinh và liệt cục bộ. Một cách đặc trưng, các thời kỳ của tổn thương tinh thần xen kẽ với các thời kỳ minh mẫn hoàn toàn, nhưng khi bệnh tiến triển, các thời kỳ minh mẫn ngắn dần lại và bệnh nhân rơi vào hôn mê. Tăng cảm giác với ánh sáng nhẹ, tiếng ồn, sờ mó và ngay cả với cơn gió nhẹ, nghe thính, mũi tinh.

Khám có sốt (có thể sốt cao 40°C hoặc sốt nhẹ 38°C). Các rối loạn của hệ thần kinh tự động gồm đồng tử giãn hoặc không đều hai bên, tăng tiết nước bọt (bệnh nhân nhổ vật liên tục), vã nhiều mồ hôi. Thường liệt dây thanh âm.

Các biểu hiện rối loạn thân não bắt đầu ngay sau đợt toàn phát của giai đoạn viêm não. Tổn thương dây thần kinh sọ não gây nhìn đôi, liệt dây mặt, viêm dây thần kinh thị giác và khó nuốt đặc trưng. Sự phối hợp của bài tiết

quá mức nước bọt khó nuốt gây hình ảnh sùi bọt mép. Bệnh nhân sợ nước, có khi chỉ nhìn thấy nước đã lên cơn co thắt thanh quản, biểu hiện bằng dấu hiệu thít do cơ mạnh cơ hoành không theo ý muốn, cơ hô hấp phụ, cơ hầu họng thanh quản.

Tổn thương ở hạnh nhân có thể gây cương đau dương vật và phóng tinh tự nhiên ở nam giới.

Các cơn vật vã kích thích ngày càng mạnh, càng lâu và sau 7 ngày bệnh nhân rơi vào hôn mê không tổn thương các trung tâm hô hấp gây tử vong do ngừng thở. Sự nổi bật lên về chức năng thần não phân biệt được bệnh đại với các viêm não do virus khác.

Thời gian sống trung bình 4-20 ngày nếu hô hấp cấp cứu được hỗ trợ, một số các biến chứng muộn có thể xuất hiện như rối loạn nhịp tim, đái nhạt, rối loạn vận mạch, chảy máu dạ dày ruột, giảm tiểu cầu, liệt ruột kéo dài thời gian vài ngày song kết thúc vẫn là tử vong.

Chẩn đoán bệnh đại không dễ như người ta tưởng, có thể gặp nhiều khó khăn. Có thể bỏ qua một trường hợp bị đại hay ngược lại có thể chẩn đoán một bệnh khác là bệnh đại.

Dấu hiệu sợ nước không phải hoàn toàn chỉ gặp ở bệnh đại mà còn gặp cả ở bệnh sốt Rickettsia phát ban, còn có thể gặp cả ở một số trường hợp sốt rét ác tính hoặc sảng nhiễm trùng trong trường hợp nặng của thương hàn.

Chứng tửu cuồng (gặp ở người nghiện rượu tự cai rượu) cũng xuất hiện bất chợt bằng điên cuồng và có ảo ảnh nhưng không có co thắt cơ họng và hô hấp. Mê cuồng liên tục không từng cơn như bệnh đại và các ảo ảnh trội nhất trong khi bệnh đại chỉ có ảo ảnh nhất thời.

Nhiều trường hợp đại thể hung dữ bị chẩn đoán nhầm là rối loạn tâm thần.

Đôi khi có người bị chó cắn (chó thường) nhưng lo sợ quá thành bệnh đại tưởng tượng và cũng lên cơn, cũng sợ nước nhưng không biết sợ gió.

Ở trẻ em hay bị chó cắn ở vùng đầu mặt cổ và nặng, nặng bệnh ngắn hơn, rất dễ bỏ qua khi chẩn đoán. Thể hung dữ ít có cơn co thắt nên nhiều khi không có dấu hiệu sợ nước. Trẻ rất bình tĩnh, chỉ khó chịu, nôn ọe, có giai đoạn kích thích ngắn rồi li bì, trụy tim mạch và tử vong. Chẩn đoán bệnh đại ở trẻ em rất khó (tiền sử, tập quán, dấu hiệu lâm sàng).

Ở thể bại liệt: chiếm tỷ lệ 20% các trường hợp, thường gặp trên bệnh nhân được tiêm phòng vaccin sau khi bị súc vật đại cắn. Lúc đầu có thể dị cảm ngay trên vết cắn, đau cột sống, đau chi bị cắn. Tình trạng liệt tiến triển lan tỏa lên chi trên, mất phản xạ gân xương. Bệnh nhân bị bí đại tiểu tiện, sau đó bị liệt cả cơ mặt, cổ, lưỡi gây sặc, liệt các cơ hô hấp. Thể này tử vong chậm hơn thể hung dữ, có thể kéo dài 2-20 ngày.

V. CẬN LÂM SÀNG

1. Những xét nghiệm thường quy: thường không có giá trị đặc hiệu chẩn đoán bệnh

1.1. Công thức máu

Bạch cầu thường tăng từ 12.000-17.000/mm³ nhưng cũng có thể trong giới hạn bình thường đến tăng khá cao (30.000/mm³), tỷ lệ đa nhân tăng cao. Hồng cầu, huyết sắc tố trong giới hạn bình thường.

1.2. Xquang phổi

Thường bình thường trong giai đoạn đầu của bệnh, nhưng trong giai đoạn sau có thể phát hiện thâm nhiễm từng vùng hoặc lan tỏa do viêm phổi do hít hoặc bội nhiễm phổi, tràn khí trung thất, suy tim ứ huyết.

1.3. Nước tiểu: protein tăng, bạch cầu niệu (+)

1.4. Dịch não tủy

Biến đổi tương tự như một trường hợp viêm não - màng não. Áp lực dịch não tủy bình thường hoặc tăng nhẹ. Tăng bạch cầu, chủ yếu là loại đơn nhân, trung bình khoảng 70BC/ml. Đường dịch não tủy bình thường.

1.5. Điện não đồ, chụp cắt lớp vi tính CT, cộng hưởng từ (MRI: magnetic resonance imaging) thường cho kết quả bình thường hoặc những biến đổi không đặc hiệu.

2. Xét nghiệm chẩn đoán bệnh: nhằm 3 hướng chính để tìm tác nhân gây bệnh.

2.1. Phân lập vi rút: vào tuần đầu của bệnh, có thể phân lập vi rút từ nước bọt, não, dịch não tủy và nước tiểu. Các mẫu bệnh phẩm này thường được cấy vào chuột hoặc cấy vào tế bào neuroblastoma của chuột. Khi cấy vào tế bào neuroblastoma này có giá trị tương tự như cấy vào chuột nhưng chỉ cần 2 ngày đã cho kết quả so với cấy vào chuột mất 10-15 ngày.

2.2. Huyết thanh chẩn đoán

- Kháng thể miễn dịch huỳnh quang (immunofluorescent rabies antibody) là xét nghiệm đáng tin cậy nhất. Cần sinh thiết một miếng da dài 6-8mm, càng nhiều nang chân lông càng tốt, thường sinh thiết da ở vùng gáy ngay trên đường viền chân tóc, mẫu sinh thiết này cần bỏ vào dung dịch bảo quản không có formalin và cần giữ ở nhiệt độ -70°C khi chuyên chở xa. Xét nghiệm dương tính 50% trong tuần đầu và tăng dần sau đó.

- Tìm kháng thể trung hòa: RFFIT (Rapid fluorescent focus inhibition test). Đây là xét nghiệm đo nồng độ kháng thể trung hòa, cho kết quả trong

vòng 48 giờ.. Trên những bệnh nhân chưa tiêm phòng, xét nghiệm bắt đầu dương tính vào ngày thứ 6 của bệnh, 50% (+) vào ngày thứ 8 và 100v% (+) vào ngày thứ 15. vết nghiệm thường âm tính ở những bệnh nhân đã dùng corticoid hoặc interferon trước đó.

- Miễn dịch men RREID (Rapid rabies enzyme immunodiagnosis): xét nghiệm này dựa trên sự hiện diện của nucleocapsid của vi rút dại trong mô não. Kháng nguyên có thể thực hiện được bằng mắt thường và có thể thực hiện được ở nơi hẻo lánh xa xôi.

2.3. Tìm các kháng nguyên vi rút: bằng phương pháp miễn dịch huỳnh quang từ các mô bị nhiễm trùng như phết giác mạc mắt, sinh thiết da, mô não

Ngoài ra, dựa vào những tiến bộ về xét nghiệm y học gần đây, người ta có thể:

- Xác định virut dại bằng kháng thể đơn dòng: có thể phân biệt dễ dàng vi rút dại với nhiều loại Lyssavirut khác nhờ vào cấu tạo của nucleocapsid và glycoprotein.

- Xác định virut dại bằng các kỹ thuật sinh học phân tử: bằng kỹ thuật PCR (polymerase chain reaction) có thể nhân số lượng DNA của vi rút dại lên nhiều lần, phương pháp này có nhiều kết quả khích lệ nhưng cần phương tiện để được áp dụng rộng rãi trong thời gian tới đây.

Trên động vật:

- Tìm kháng nguyên virut dại.
- Khảo sát mô học tìm tiểu thể Negri.
- Phân lập virut canh cấy vào chuột.

VI. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

* Yếu tố quan trọng để chẩn đoán phân biệt bệnh dại với các bệnh khác là tiền sử bị súc vật nghi dại cắn và tiền triệu lâm sàng của cơn dại.

- * Hysteria sau khi bị súc vật cắn.
- * Hội chứng Landry-Guillain-Barré.
- * Sốt bại liệt.

VII. BIỆN PHÁP PHÒNG CHỐNG BỆNH DẠI

1. Khi chưa có dịch

Phải hạn chế nuôi chó. Nuôi chó phải nhốt, xích, chó ra đường phải có rọ mõm. Phải diệt chó chạy rong và chó vô chủ.



2. Khi có dịch xảy ra

2.1. Tại xã, phường thấy xuất hiện chó dại thì phải diệt hết ngay đàn chó đang nuôi, kể cả chó đã tiêm phòng vaccin. Nghiêm cấm bán chạy chó ở nơi đang có bệnh dại sang nơi khác để ngăn chặn sự lây lan của dịch sang vùng xung quanh.

2.2. Những người có tiếp xúc với chó, mèo dại, những người bị chó mèo dại cắn phải đi tiêm phòng dại ngay, càng sớm càng tốt.

3. Xử lý người bị súc vật nghi dại cắn

3.1. Tại chỗ: rửa ngay thật kỹ vết cắn bằng nước xà phòng đặc 20%, sau đó rửa bằng nước muối sinh lý 0,9%, bôi chất sát khuẩn như cồn, cồn iod đậm đặc. Mục đích xử lý tại chỗ là để giảm đến mức tối thiểu lượng vi rút tại nơi xâm nhập. Trong trường hợp cần thiết phải cắt lọc, nhưng không khâu ngay (để phòng vi rút tản phát), chỉ khâu trong trường hợp vết cắn đã quá 5 ngày.

3.2. Toàn thân

4. Chỉ định tiêm phòng vaccin

Một số loại vaccin đang dùng ở Việt Nam:

Trước đây Việt Nam sản xuất vaccin phòng bệnh dại có tên Fuenzalida được chế từ virut cố định cấy ở não chuột nhắt trắng mới để được bất hoạt bằng β Propiolacton. Nhưng do đến nay có một số tai biến xảy ra nên Bộ Y tế đã quyết định không sử dụng loại này nữa.

Hiện có vaccin của Viện Merieux (Pháp) được chế từ virut cấy trên tế bào lưỡng bội của người nên có tính an toàn cao. Mỗi mũi tiêm 1ml, tiêm dưới da (không tiêm bắp).

Cách tiêm:

- Trường hợp vết cắn nhẹ và vừa: tiêm 5 mũi vào các ngày: 1,3,7,14,30.

Hoặc ngày đầu tiêm 2 mũi (sáng, chiều) vào ngày 7,21 (mỗi ngày 2 mũi).

- Trường hợp vết cắn nặng: ngày đầu tiêm huyết thanh kháng dại, sau tiêm vaccin ngay ngày 1,3,7,14,30.

Vaccin của Viện Pasteur (Pháp): được chế từ virut cố định cấy trên tế bào thận của bào thai bò, được bất hoạt bằng β Propiolacton, tiêm rất an toàn. Mỗi mũi tiêm 2ml dưới da, ngày tiêm giống như của Viện Merieux.



Tình trạng vết cắn	Tình trạng súc vật (kể cả chó đã được tiêm phòng)		Điều trị
	Lúc cắn	Trong vòng 10 ngày	
Da lành			Không điều trị
Da bị xước ở gần thần kinh trung ương	Bình thường		Tiêm vaccin ngay và thôi tiêm vaccin nếu ngày thứ 10 súc vật vẫn sống bình thường
Da bị xước	Bình thường	ốm có xuất hiện triệu chứng đại	Tiêm vaccin ngay nếu xuất hiện triệu chứng đại ở súc vật
Cắn nhẹ	- Có triệu chứng đại - Mất tích không theo dõi được chó		Tiêm vaccin ngay khi bị cắn
Bị vết thương và có tiếp xúc gián tiếp qua đồ vật có dính nước dãi	Nghi đại	Vẫn sống bình thường	Tiêm vaccin ngay và thôi tiêm nếu ngày thứ 10 súc vật vẫn sống bình thường
- Vết cắn gần não - Vết cắn sâu - Có nhiều vết cắn	Bình thường	Vẫn sống bình thường	Tiêm kháng huyết thanh đại Tiêm vaccin đại và thôi tiêm nếu ngày thứ 10 súc vật vẫn sống bình thường.
- Vết cắn ở nơi có nhiều dây thần kinh (đầu, chi, bộ phận sinh dục)	- Đại - Mất tích - Đã bán		Tiêm kháng huyết thanh đại và tiêm vaccin phòng đại

VIII. KHÁNG HUYẾT THANH ĐẠI VÀ CÁCH SỬ DỤNG

Kháng huyết thanh đại được tinh chế từ huyết thanh ngựa sau khi đã được gây miễn dịch bằng virus đại cố định.

Dùng kháng huyết thanh đại để trung hòa vi rút. Trong trường hợp thời gian ủ bệnh ngắn thì kháng huyết thanh đại có tác dụng kéo dài thời gian ủ bệnh.



1. Chỉ định

1.1. Tất cả các trường hợp có nhiều vết cắn, vết cắn sâu, vết cắn gần thân kinh trung ương (đầu, mặt, cổ, tay).

1.2. Tiêm kháng huyết thanh đại càng sớm càng có hiệu quả cao. Nếu chậm quá 72 giờ sau khi bị cắn thì không nên dùng

1.3. Nên ủ ấm kháng huyết thanh đại trước khi tiêm.

2. Phương pháp tiêm và liều lượng

2.1. Trước khi tiêm phải thử phản ứng: tiêm trong da 0,1ml dung dịch 1% kháng huyết thanh đại, đọc phản ứng sau 15 phút. Nếu phản ứng dương tính thì nơi tiêm bị sưng đỏ với đường kính 1 cm.

2.2. Trường hợp phản ứng âm tính thì tiêm một nửa liều vào bắp thịt, nửa liều còn lại tiêm vào xung quanh vết cắn sau khi đã rửa sạch.

2.3. Trường hợp thử phản ứng dương tính: phải dùng phương pháp giải miễn cảm theo Besredka như sau: tiêm 3 lần dung dịch 1% kháng huyết thanh đại với liều lượng 0,5 ml, 2 ml và 5 ml mỗi lần cách nhau 15 phút. Nếu không thấy phản ứng thì tiêm 0,1ml dung dịch nguyên chất, sau 15 phút không thấy phản ứng thì tiêm nốt chỗ còn lại chia 2-3 lần, mỗi lần nghỉ 10-15 phút. Trong trường hợp cần thiết có thể dùng thêm thuốc antihistamin.

3. Liều lượng

Dùng tổng liều là 40 đơn vị quốc tế trên 1kg trọng lượng cơ thể.

4. Phản ứng và cách xử lý

4.1. Tại chỗ: sau khi tiêm có thể bị tấy đỏ, ngứa.

4.2. Toàn thân: trong hoặc sau khi tiêm có thể bị đau đầu, chóng mặt, buồn nôn hoặc bị choáng.

Trường hợp bị choáng thì phải điều trị chống choáng theo chỉ định của bác sĩ. Bởi vậy tại nơi tiêm kháng huyết thanh cần phải chuẩn bị sẵn sàng dung dịch adrenalin 1/1000, ephedrin 5%, dimedrol 2% hoặc anti histamin khác.

4.3. Bảo quản kháng huyết thanh đại: luôn bảo quản ở 4°C đến 8°C

BỆNH QUAI BỊ

1. Đại cương

Là một bệnh truyền nhiễm cấp tính, gây dịch do virus quai bị gây sưng đau tuyến nước bọt, ngoài ra còn gây viêm tuyến sinh dục, viêm màng não, viêm tụy và một số cơ quan khác. Bệnh quai bị nổi chung lạnh tính, tự khỏi và thường gây miễn dịch rất lâu dài.

2. Tác nhân gây bệnh

- Virus quai bị thuộc nhóm *Paramyxovirus*.
- Virus có hai kháng nguyên:
 - + Loại lớn: gây bệnh
 - + Loại nhỏ: không gây bệnh
- Virus tồn tại khá lâu ngoài cơ thể: Ở nhiệt độ 15⁰-20⁰C sống được 50-90 ngày; ở 37⁰C sống được 8 ngày; ở formol 0,1%, lysol 1%, cồn và ête sống được 3-5 phút; bị tia cực tím huỷ trong vài giây.

3. Dịch tễ học

- Bệnh lan truyền theo đường hô hấp, qua các bụi nước của hơi thở, truyền trực tiếp từ người bệnh sang người lành. Virus quai bị bám vào niêm mạc mũi, miệng, kết mạc, xâm nhập vào nội tạng qua đường máu.
- Bệnh phổ biến ở nhiều nơi trên thế giới, thường mang tính chất lưu hành những nơi tập trung đông người (nhà trẻ, công trường, trại tân binh...).
- Mùa cao điểm của bệnh là mùa đông xuân.
- Hay gặp ở trẻ từ 5-9 tuổi, hiếm gặp ở trẻ dưới 2 tuổi

4. Lâm sàng

4.1. Viêm tuyến nước bọt mang tai

4.1.1. Thời kỳ nung bệnh

- Trung bình 14-24 ngày. Không có biểu hiện gì đặc biệt.

4.1.2. Thời kỳ khởi phát

- Cấp tính, sốt 38⁰-39⁰C, kèm nhức đầu, mệt mỏi, đau nhức xương khớp, ăn ngủ kém.



- Biểu hiện đầu tiên là đau, xuất hiện ở quanh ống tai ngoài, sau lan ra xung quanh gây khó nói, khó nuốt, khó há miệng. Hai tác giả Rilliet và Barthez lưu ý 3 điểm đau có tính chất gợi ý đến viêm tuyến nước bọt mang tai, đó là:

- + Điểm khớp thái dương hàm
- + Điểm mỏm chũm
- + Điểm hạch dưới hàm

4.1.3. Thời kỳ toàn phát

- Tuyến mang tai sưng to. Tỷ lệ sưng cả hai bên so với một bên là 6/1.
- Tuyến dưới hàm và dưới lưỡi cũng có thể sưng to.
- Bệnh nhân vẫn còn sốt 38° - 39° C, đau đầu, chán ăn, khó nuốt, khó nói.
- Thăm khám thấy lỗ ống Sténon phù nề, đỏ tấy nhưng không bao giờ có mủ chảy ra.

4.1.4. Thời kỳ hồi phục

- Sau một tuần, tuyến mang tai giảm đau và nhỏ dần, bệnh nhân hết sốt, các triệu chứng khác cũng lui dần và khỏi hẳn.

5. Các biểu hiện ngoài tuyến mang tai

5.1. Viêm tinh hoàn

- Hay gặp bệnh nhân chỉ sưng một bên tinh hoàn.
- Nếu bệnh nhân teo một bên tinh hoàn thì không có ảnh hưởng gì nhưng nếu teo cả hai bên thì có khả năng bị vô sinh.
- Còn có thể bị cương đau dương vật hoặc liệt dương.

5.2. Tổn thương thần kinh

- Viêm màng não: gặp ở 10-35% các trường hợp, nhất là ở trẻ nhỏ, có thể xảy ra đơn độc hoặc sau khi viêm tuyến mang tai.
- Viêm não: hiếm xảy ra hơn so với viêm màng não (0,5%), rất hiếm có di chứng vĩnh viễn.

5.3. Viêm tụy cấp

- Gặp khoảng 3-7%, thường ở người lớn, phần lớn là thể ẩn, chỉ biểu hiện biến đổi sinh hoá qua xét nghiệm.
- Bệnh diễn biến lành tính, khỏi sau 1-2 tuần, hiếm để lại di chứng.

5.4. Viêm buồng trứng: 7% sau dậy thì, sốt và đau hố chậu.

5.5. Biểu hiện ở các cơ quan khác

- Viêm cơ tim: đau vùng trước tim, mệt nhọc và nhịp tim chậm. Tử vong hiếm khi xảy ra.

- Viêm tuyến giáp bán cấp.
- Biểu hiện mắt: viêm tuyến lệ.
- Tổn thương gan.
- Viêm thanh khí phế quản, viêm phổi mô kẽ.
- Xuất huyết giảm tiểu cầu: phản ứng dạng leucémie.
- Viêm đa khớp: thường di chuyển.

5.6. Quai bị và thai nghén: mắc bệnh trong 3 tháng cuối có thể tăng khả năng thai chết lưu hoặc đẻ non.

6. Xét nghiệm

- Công thức máu:
- Tốc độ lắng máu: bình thường.
- Amylase máu: tăng
- Lipase máu: chỉ tăng trong viêm tụy.
- Vài trường hợp đường huyết và đường niệu tăng.
- Đái máu thoáng qua và nhẹ.
- Xét nghiệm huyết thanh học và virus học:
 - + Test ELISA: tốt nhất, hoặc phương pháp miễn dịch huỳnh quang: nhận diện đáp ứng kháng thể IgM, IgG đặc hiệu.
 - + Phương pháp cố định bổ thể.

7. Chẩn đoán phân biệt

7.1. Viêm tuyến nước bọt mang tai

- Do các virus khác như H. influenza, Parainfluenza, Cocksackie...
- Do vi khuẩn: Staphylococcus aureus.
- Sởi tuyến nước bọt.
- Phản ứng thuốc: thuốc cản quang đường tĩnh mạch, thủy ngân...
- Viêm hạch



7.2. Bệnh khác: bệnh mèo cào, viêm mô tế bào ống tai, nhiễm actinomyces, lymphosarcome, sarcoidose, lao, leucémie, Hodgkin, Lupus ban đỏ.

- Hội chứng Mikulicz: sưng + đau tuyến mang tai đột ngột + viêm tuyến lệ + viêm móng mắt gặp trong Hodgkin, lao, leucémie, Lupus ban đỏ.

- Hội chứng Heerfordt (sarcoidose): viêm tuyến mang tai

- Hội chứng Sjögren: viêm tuyến mang tai + tuyến nước bọt + khô giác mạc, kết mạc, miệng, viêm khớp dạng thấp, lách to, bạch cầu giảm, thiếu máu huyết tán... (thường gặp ở phụ nữ mãn kinh).

- Một số trường hợp tuyến mang tai hai bên to, không đau, không sốt

7.3. Viêm tinh hoàn

7.4. Viêm màng não

8. Điều trị

8.1. Viêm tuyến nước bọt

- Chườm nóng vùng hàm, nếu cần dùng thuốc an thần nhẹ, giảm đau (aspirin, paracetamol). Thường xuyên súc miệng nước muối hoặc axit boric 5% sau khi ăn. Ăn nhẹ và lỏng những ngày đầu.

- Có thể dùng các bài thuốc kết hợp đông y:

- Châm cứu các huyệt: hợp cốc, giáp xa, khúc trì

8.2. Viêm tinh hoàn

- Mặc quần lót chặt để treo tinh hoàn, chườm nóng.

- Dùng thuốc giảm đau, chống viêm.

- Dùng corticoid 25-30 mg/ngày trong 7 ngày.

- Các thuốc dùng từ 5-7 ngày thì dừng, chỉ có tác dụng chống viêm và giảm đau chứ không hạn chế được khả năng teo tinh hoàn. Khi cho các loại thuốc này phải chú ý đến các trường hợp không dùng được thuốc.

8.3. Viêm não - màng não

8.4. Viêm tụy

Chú ý loại trừ các bệnh cảnh phải can thiệp ngoại khoa.

8.5. Chống viêm đa khớp, viêm tuyến giáp

Không cần điều trị đặc hiệu.

9. Phòng bệnh

Cách ly bệnh nhân tại nhà trong ít nhất 2 tuần. Những người tiếp xúc bệnh nhân cần đeo khẩu trang.

9.1. Tạo miễn dịch chủ động

– Có kết quả với vaccin virus sống giảm độc lực, an toàn, không gây sốt, tạo kháng thể cao, bảo vệ 75-95% trường hợp tiếp xúc, miễn dịch ít nhất 17 năm, không tương tác với vaccin sởi, bại liệt, thủy đậu được tiêm cùng lúc.

– Hạn chế:

- + Trẻ < 1 tuổi.
- + Bệnh nhân đang bị sốt.
- + Nhạy cảm thành phần thuốc chủng.
- + Đang điều trị thuốc giảm miễn dịch.
- + Phụ nữ có thai, người mắc bệnh về máu...

– Tác dụng phụ:

- + Viêm tuyến mang tai sau tiêm chủng, hiếm và nhẹ.
- + Rối loạn thần kinh trung ương: chưa rõ nguyên nhân.

– Chỉ định:

- + Người > 1 tuổi (mọi thời điểm), đặc biệt tuổi dậy thì, trưởng thành, thanh thiếu niên, cá nhân sống trong tập thể.
- + Người nhiễm HIV.
- + Tái tiêm chủng ở người đã tiêm vaccin quai bị dùng virus chết (không thấy nguy cơ phản ứng phụ).

9.2. Tạo miễn dịch thụ động

– Dự phòng đặc hiệu bằng globulin miễn dịch chống quai bị, dùng sớm cho phụ nữ có thai khi tiếp xúc với bệnh nhân quai bị, 3-4 ml tiêm bắp, tuy vậy khả năng bảo vệ không chắc chắn.

BỆNH THỦY ĐẬU

I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh thủy đậu là bệnh truyền nhiễm lây qua đường hô hấp do virus Varicella zoster gây nên. Biểu hiện lâm sàng là sốt, phát ban dạng nốt phỏng ở da và niêm mạc.

Bệnh chủ yếu gặp ở trẻ em, dễ gây thành dịch

Thường diễn biến lành tính, trừ trường hợp có viêm não.

II. DỊCH TỄ HỌC

1. Tác nhân gây bệnh

- Tác nhân gây bệnh là virus Varicella zoster, là một trong 6 loại virus thuộc nhóm Herpes virus gây bệnh ở người.
- Trên lâm sàng virus gây nên bệnh thủy đậu và Zona.
- Virus có vỏ lipid bao bọc xung quanh nhân nucleocapsid, đường kính khoảng 150-200nm, sống yếu ở ngoài cơ thể.
- Nguồn bệnh:
- Người bệnh là nguồn lây duy nhất, từ cuối thời kỳ nung bệnh tới khi bong vảy.
- Tỷ lệ lây nhiễm cao: khoảng 90% người lớn đã từng mắc bệnh thủy đậu.

2. Đường lây truyền

- Lây trực tiếp qua đường hô hấp do virus trong nước bọt của người bệnh, hiếm khi lây qua các tổn thương da, niêm mạc.
- Thời gian lây nhiễm là 2-5 ngày đầu khi bắt đầu có các triệu chứng.

3. Yếu tố dịch tễ

- Tỷ lệ mắc như nhau giữa nam và nữ, mọi chủng tộc đều có thể bị mắc.
- Bệnh thường ở cuối đông và đầu mùa xuân.
- Trẻ từ 5-9 tuổi chiếm khoảng 50% tổng số các trường hợp.

III. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

1. Lâm sàng điển hình

1.1. Thời kỳ nung bệnh: từ 10-21 ngày, trung bình 14 ngày, hoàn toàn yên lặng.

Thời kỳ khởi phát: trong vòng 24-48 giờ

- Sốt nhẹ $38-38,5^{\circ}\text{C}$, đôi khi sốt cao $39-40^{\circ}\text{C}$ (trẻ nhỏ có thể co giật).
- Một số trường hợp có nổi ban (ban dạng tinh hồng nhiệt thoáng qua).
- Trẻ thường mệt mỏi, trằn trọc, quấy khóc, viêm họng.

1.2. Thời kỳ toàn phát

- Sốt nhẹ $37,5-38^{\circ}\text{C}$.
- Nổi nốt phỏng: thoát đầu là những nốt phỏng màu hồng, sau đó nổi gồ trên da, ngứa, trong vòng 24h trở thành nốt màu hồng có phỏng nước trong. Sau 48h nốt phỏng khô lại: chất dịch bên trong nốt phỏng trở nên có màu đục, vùng trung tâm nốt phỏng thu nhỏ và khô lại, sờ vào nốt phỏng vẫn mềm.
- Các tổn thương thường rất ngứa, bệnh nhân thường gãi làm vỡ các nốt phỏng.
- Nốt phỏng có rải rác khắp nơi, hay gặp nhất là ở mặt, ngực, trên da đầu và chân tóc. Đôi khi nốt phỏng mọc ở niêm mạc như ở trong má, vòm họng với những vết loét trợt nhỏ. Các nốt phỏng tồn tại cùng một thời gian với nhiều lứa tuổi khác nhau.

- Hạch cổ thường nhỏ và nhất thời.

1.3. Thời kỳ hồi phục: các nốt phỏng tồn tại khoảng 4 ngày, sau đó vảy vàng xuất hiện, khoảng ngày thứ 10 trở đi bắt đầu bong vảy, thường không để lại sẹo nếu không bị loét do gãi và bội nhiễm.

2. Các thể lâm sàng

2.1. Thủy đậu ở người suy giảm miễn dịch

- Tình trạng nhiễm trùng nặng, các nốt phỏng thường hoại tử và chảy máu.
- Có thể có tổn thương khu trú ở các tạng như phổi, gan, thần kinh và gây CIVD.

2.2. Thủy đậu bẩm sinh

- Phụ nữ có thai mắc thủy đậu khoảng 5 ngày trước và sau khi đẻ có thể gây thủy đậu bẩm sinh do giai đoạn này virus nhiễm vào máu, với các biểu hiện ở phế quản phổi, loét đường tiêu hóa, viêm não màng não, viêm gan, thường tiến triển dẫn đến tử vong.



– Phụ nữ có thai mắc thủy đậu trong 3 tháng đầu của thai kỳ sẽ gây bệnh lý đối với phôi thai như mất một hoặc nhiều chi, viêm hắc võng mạc, đục thủy tinh thể và các tổn thương da để lại sẹo.

IV. BIẾN CHỨNG

1. Biến chứng thần kinh

- Là biến chứng hay gặp ở trẻ nhỏ.
- Có thể biểu hiện là một viêm màng não vô khuẩn, viêm não, viêm chất trắng, hội chứng Guillain-Barré.
- Viêm não màng não xuất hiện từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 8, chậm nhất có thể gặp ở ngày thứ 21 của bệnh. Biểu hiện lâm sàng là đột ngột sốt cao lên, nhức đầu, li bì, nhiều khi co giật và liệt. Khám có hội chứng màng não. Nước não tủy trong, có tăng bạch cầu lymphocyt, albumin tăng nhẹ.

2. Viêm phổi

- Là biến chứng thường gặp ở thủy đậu người lớn do bội nhiễm vi khuẩn (20%).
- Xuất hiện ngày thứ 3-5 của bệnh.
- Biểu hiện: ho, sốt, thở nhanh, đau ngực.
- Xquang phổi: có hình ảnh thâm nhiễm dạng nốt và viêm phổi kẽ.

3. Viêm da bội nhiễm

- Do liên cầu hoặc tụ cầu.
- Thường do gãi hoặc là không được chăm sóc tại chỗ các nốt phỏng.

Các biến chứng khác: viêm cơ tim, viêm giác mạc, viêm khớp, viêm cầu thận, viêm thận, xuất huyết nội tạng, ban xuất huyết giảm tiểu cầu, mất điều hòa tiểu não.

V. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định: dựa vào dịch tễ, lâm sàng, xét nghiệm.

- Dịch tễ học: có tiếp xúc với bệnh nhân bị thủy đậu.
- Lâm sàng: có ý nghĩa giúp chẩn đoán sớm ở cộng đồng, ban dạng nốt phỏng mọc khắp người với nhiều lứa tuổi khác nhau kèm theo có sốt nhẹ.
- Xét nghiệm: có ý nghĩa xác định tác nhân gây bệnh.
- + Phân lập virus ở nốt phỏng, ở máu khi bệnh nhân đang sốt qua nuôi cấy trên môi trường tế bào.

- + Test chẩn đoán nhanh: xác định các tế bào tại nốt phỏng bằng phương pháp miễn dịch huỳnh quang.
- + Huyết thanh chẩn đoán: kháng thể kháng virus thủy đậu type IgM (+)

2. Chẩn đoán phân biệt

2.1. Đậu mùa: hiện tại không còn tồn tại bệnh đậu mùa do kết quả của chương trình tiêm chủng mở rộng

2.2. Bệnh Zona toàn thân: thường xảy ra ở những cơ địa suy giảm miễn dịch

2.3. Hội chứng chân tay miệng

- Do virus Coxsackie A 16 gây nên
- Thường ở trẻ nhỏ
- Phát ban dạng nốt phỏng -aphteuse ở khoang miệng, ở mặt trong má, lưỡi, lòng bàn tay, chân.

2.4. Chứng ngứa sẩn: ở giai đoạn đầu khi chưa mọc các nốt phỏng cần phân biệt với các sẩn ngứa do nguyên nhân khác.

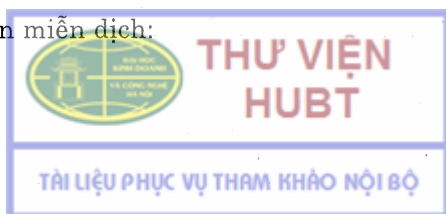
VI. ĐIỀU TRỊ

- Nghỉ học bắt buộc cho đến khi khỏi bệnh
- Giữ da sạch sẽ, cắt ngắn thường xuyên móng tay.
- Dùng thuốc kháng histamin chống ngứa
- Điều trị Acyclovir:
 - + Được chỉ định cho những trường hợp thủy đậu có nguy cơ bị biến chứng.
 - + Có thể dùng trong vòng 24h đầu khi các nốt phỏng xuất hiện.
 - + Liều lượng: viên 800mg, dùng 5 lần /ngày trong vòng 5-7 ngày. Trẻ nhỏ dưới 12 tuổi: 20mg/kg x 6 lần /ngày. Ở người bị suy giảm miễn dịch thường dùng đường tiêm tĩnh mạch 10-12,5mg/kg x 8h/lần trong 7 ngày.
 - + Lưu ý Acyclovir có nhiều tác dụng phụ nên cân nhắc kỹ việc chỉ định sử dụng thuốc.

VII. PHÒNG BỆNH

1. Phòng không đặc hiệu

- Phát hiện bệnh sớm ở thời kỳ khởi phát tránh lây lan
- Tiêm globulin miễn dịch:



- + Mục đích: phòng ngừa thủy đậu ở những người bị suy giảm miễn dịch, khi tiếp xúc với những người mắc bệnh thủy đậu
- + Liều lượng: 0,3ml/kg. Tiêm bắp 1 lần
- + Liều tiêm có thể dao động từ 2-10ml

2. Phòng bệnh đặc hiệu

- Tiêm vaccin thủy đậu: là loại vaccin sống giảm độc lực (chủng Okawa)
- Tiêm cho trẻ từ 12-18 tháng tuổi. Những trẻ đã mắc thủy đậu thì không cần tiêm phòng vaccin vì sau khi bị đã có kháng thể có tác dụng bảo vệ lâu dài.

VIÊM GAN VIRUT

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm gan do virus là thuật ngữ dùng để chỉ bệnh cảnh do các virus gây viêm gan gây nên. Các virus này cùng có chung một đặc điểm cơ bản là có tính hướng gan (hepatotropic). Các tế bào mà chúng tấn công gây ô nhiễm hàng đầu là các tế bào gan. Sự sinh sản của các virus này hoàn toàn phụ thuộc vào gan, diễn ra tại các tế bào gan.

II. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

Cho tới nay đã xác định được ít nhất 6 loại virus gây bệnh viêm gan ở người, đó là các virus A, B, C, D, E và G.

Họ virus	A	B	D	C	E
	Picornavirut	Hepadnavirut	Viroide	Flavivirut	Calicivirut
Kích thước (nm)	27	42	35	80	33
Genom	ARN	ADN	ARN	ARN	ARN
Vỏ	-	+ (HBsAg)	+ (HBsAg)	+	-
Số virus/1ml	10^5	10^8	10^{10}		?
Virus ở phân	+	-	-	-	+
T ở trong máu	Ngắn	kéo dài/mạn	kéo dài/mạn	kéo dài/mạn	Ngắn

1. Virut viêm gan A (Hepatitis A virut – HAV)

- Thuộc họ virut đường ruột (Enterovirut) nhóm Picornavirut
- Có đường kính 27nm. Bộ genome gồm chuỗi ARN đơn, virut không có vỏ.
- Virut có mặt ở tế bào gan bài tiết ra phân ở cuối kỳ tiền hoàng đả và kéo dài khoảng 4 tuần.
- Thời gian tồn tại của virut trong máu rất ngắn.
- Virut có thể sống ở nước đá - 25 độ trong 6 tháng, ở 100 độ trong vài phút.
- Biểu hiện lâm sàng của viêm gan virut A thường nhẹ, tuy có thể có 1-2% có biểu hiện của hôn mê gan do teo gan vàng cấp nhưng không bao giờ chuyển thành mạn tính.

2. Virut viêm gan B (Hepatitis B Virut - HBV)

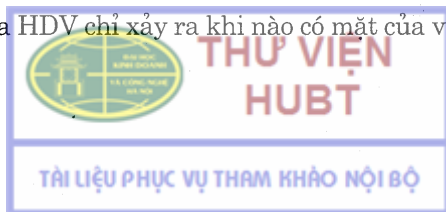
- Năm 1964, Blumberg phát hiện được kháng nguyên virut viêm gan ở những người thổ dân Australia , đặt tên là kháng nguyên bề mặt (HBsAg).
 - Năm 1970, Dane mô tả tiểu thể Dane hoàn chỉnh
- Virut viêm gan B thuộc họ Hepadnavirut, hình cầu, có đường kính 42nm, có vỏ hàm lượng virut là 10^8 /ml máu.
- HBV lây qua đường máu, tiêm chích, tình dục, mẹ truyền cho con. HBV có thời gian tồn tại trong máu kéo dài và có khả năng trở thành mạn tính.

3. Virut viêm gan C (Hepatitis C Virut - HCV)

- Được phát hiện vào năm 1989 tại California (Mỹ), chiếm 50-90% tổng số các trường hợp viêm gan do truyền máu.
- HCV thuộc họ Flavivirut, có đường kính 60nm.
- 1/4 các trường hợp viêm gan do HCV không có biểu hiện vàng da.
- Trong giai đoạn cấp, chẩn đoán HCV còn phải dựa vào kỹ thuật PCR (Polymerase Chain Reaction) để phát hiện kháng nguyên. Ngoài ra có thể dùng các kỹ thuật ELISA2 và RIPA2 để phát hiện kháng nguyên HCV.

4. Virut viêm gan D (Hepatitis D Virut - HDV)

- Là virut thuộc họ Viroide có đường kính 35nm, là virut không hoàn chỉnh phải mượn vỏ HBsAg để phát triển, có vỏ chung với virut viêm gan B, genome là ARN.
- Hàm lượng virut là 10^{10} /ml máu.
- Nhiễm trùng của HDV chỉ xảy ra khi nào có mặt của virut viêm gan B



5. Virut viêm gan E (Hepatitis E virut - HEV)

- Là virut thuộc họ Calciviridae lây theo đường tiêu hoá, có kích thước 33nm. Hàm lượng của virut trong máu đến nay chưa rõ. Genome là ARN.
- Virut HEV có thời gian tồn tại trong máu ngắn và được đào thải ra phân giai đoạn cuối thời kỳ tiền vàng da và kéo dài khoảng 12 ngày.
- Về lâm sàng cũng giống như viêm gan virut A.
- Tiên lượng nhẹ không chuyển thành mạn tính.

6. Virut viêm gan G (Hepatitis G virut - HGV)

- Tháng 1-1995, Kim J.P và cộng sự đã thông báo trong hội nghị an toàn về truyền máu có hai tác nhân gây viêm gan ở những người truyền máu và có thể lây cho loài động vật linh trưởng đó là GB-A và GB-B. Khảo sát các mẫu huyết thanh trong nhóm quần thể dân số ở Tây Phi người ta lại phát hiện ra loại virut mới đặt tên là GB - C.
- GB-A có thể là virut tiềm tàng, còn GB-B chưa phát hiện được trong bất kỳ mẫu huyết thanh nào của người, do vậy chỉ còn GB-C mà người ta còn gọi là virut viêm gan G.

III. LÂM SÀNG VÀ XÉT NGHIỆM CHỨC NĂNG GAN

1. Thời kỳ ủ bệnh: tùy thuộc vào từng loại virut gây viêm gan.

Viêm gan A: 14-40 ngày.

Viêm gan B: 40-180 ngày.

Viêm gan C: 15-160 ngày.

Viêm gan D: 40-180 ngày.

Viêm gan E: 20-70 ngày.

Thời kỳ này hầu như không có biểu hiện gì. Tuy nhiên đối với viêm gan A virut có thể thải ra qua phân và lây bệnh ngay ở cuối thời kỳ ủ bệnh.

2. Thời kỳ khởi phát: (thời kỳ tiền hoàng đả) kéo dài 3-9 ngày, bệnh nhân thường có các biểu hiện:

- Mệt mỏi dữ dội mâu thuẫn với tình trạng toàn thân chỉ nhiễm trùng thô sơ, có sốt nhẹ.
- Rối loạn tiêu hoá: chán ăn, buồn nôn hoặc nôn, táo bón hoặc ỉa chảy. Đau bụng âm ỉ vùng thượng vị và hạ sườn phải. Đôi khi có đau bụng dữ dội kiểu “ giả viêm ruột thừa”.

- Tiểu ít, nước tiểu sẫm màu.
- Xét nghiệm trong thời kỳ này thấy transaminase (ALT, AST) tăng cao, gấp 5-10 lần có giá trị chẩn đoán sớm.

3. Thời kỳ toàn phát: (thời kỳ hoàng đả)

Vàng da vàng mắt tăng dần. Nếu vàng da đậm có thể ngứa do ứ sắc tố mật. Khi vàng da thì hết sốt.

Nước tiểu vẫn ít và sẫm màu, phân bạc màu.

Mệt mỏi, chán ăn, ăn đầy bụng, sợ các thức ăn có mỡ.

Khám thấy gan to, thường to ít, ấn tức. Lách to chiếm 10-20% khi cả gan và lách to thì tiên lượng thường xấu.

Xét nghiệm:

- + Hội chứng huỷ hoại tế bào gan: ALT, AST tăng cao.
- + Hội chứng ứ mật: bilirubin máu tăng cao, chủ yếu là bilirubin trực tiếp.
- + Hội chứng suy tế bào gan: tỷ lệ prothrombin giảm, điện di protein có albumin giảm, A/G<1.
- + Công thức bạch cầu bình thường có thể giảm nhẹ.

4. Diễn biến

Viêm gan cấp thường khỏi sau 4-6 tuần. Mở đầu thời kỳ lui bệnh bằng một cơn đi giải nhiều, nước tiểu trong, vàng da hết dần. Các xét nghiệm trở về bình thường. Đó là diễn biến thường gặp ở viêm gan A, E và viêm gan B thể cấp thông thường.

Viêm gan B có thể tiến triển thành mạn tính 5-10%, viêm gan C 50% thành mạn tính, viêm gan D có thể thành mạn tính 90%.

IV. CÁC DẤU ẤN CỦA VIRUT VIÊM GAN B

1. HBsAg: kháng nguyên bề mặt virus viêm gan B.

- HBsAg là kháng nguyên bề mặt của HBV, xuất hiện sớm trước khi có triệu chứng lâm sàng, tăng cao dần và biến mất sau 4-8 tuần kể từ khi có triệu chứng. Nếu sau 6 tháng mà vẫn còn HBsAg có nguy cơ chuyển thành người mang trùng mạn tính.



- Có một số trường hợp viêm gan B mà HBsAg âm tính, có thể là nồng độ thấp mà các kỹ thuật hiện tại phát hiện được hoặc bị trung hoà bởi lượng kháng thể anti HBs trội hơn.

2. Kháng thể Anti HBs

- Xuất hiện muộn 2-16 tuần, thường sau khi HBsAg không phát hiện được.
- IgM anti HBs xuất hiện trong giai đoạn cấp, còn IgG anti HBs xuất hiện muộn hơn và tồn tại lâu hơn.
- Xuất hiện Anti HBs là dấu hiệu bệnh đã được cải thiện có tác dụng chống tái nhiễm HBV.
- Khi tiêm vaccin chống virut viêm gan B thì anti HBs là kháng thể duy nhất phát hiện được trong máu.

3. HBcAg (Hepatitis B core Antigen)

- Chỉ xuất hiện ở trong tế bào gan và chỉ có thể phát hiện được khi làm sinh thiết gan.
- Khi trong một tế bào gan có HBcAg bao giờ cũng có HBsAg trên màng tế bào và nồng độ ADN polymerase luôn luôn tăng cao.

4. Kháng thể Anti HBc

- Xuất hiện sớm ngay thời kỳ ủ bệnh.
- Anti HBc IgM xuất hiện sớm trong những tuần đầu của bệnh còn anti HBc IgG xuất hiện muộn nhưng tồn tại lâu hơn.
- Sự có mặt của anti HBc không có tác dụng bảo vệ chống tái nhiễm HBV.

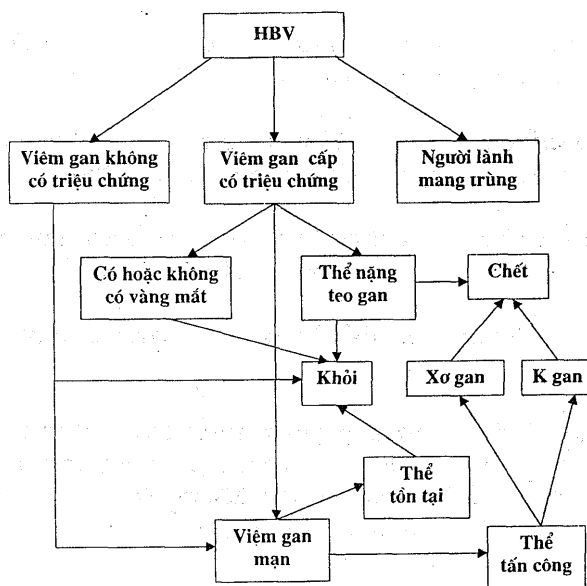
5. Kháng nguyên HBeAg

- Xuất hiện sớm trong giai đoạn tiền vàng da.
- Sự biến mất của HBeAg và xuất hiện anti Hbe là dấu hiệu của bệnh đang lui dần. Trong viêm gan mạn tiến công thường thấy có HBeAg.
- Ở những người có HBeAg (+) và HBsAg (+) thì có tỷ lệ lây rất cao. Đặc biệt ở phụ nữ có thai nếu đồng thời HBsAg (+) và HBeAg(+) thì truyền cho con với tỷ lệ rất cao.

6. Kháng thể anti HBe

- Xuất hiện muộn, ở giai đoạn bình phục.
- IgM anti HBe, xuất hiện sớm còn IgG anti HBe muộn hơn.
- Khi xuất hiện anti HBe là bệnh đang được cải thiện.

V. DIỄN BIẾN CỦA NHIỄM VIRUT VIÊM GAN B



VI. CÁC THỂ LÂM SÀNG CỦA VIÊM GAN B CẤP

1. Thể không có triệu chứng: 80-90% các trường hợp nhiễm trùng HBV là không có triệu chứng.

2. Thể vàng da thông thường: có một giai đoạn ủ bệnh 50-150 ngày. Giai đoạn tiền hoàng đả không cố định, dao động 5-15 ngày, kết hợp với một số triệu chứng như đau đầu, đau cơ, đau khớp, rất mệt mỏi, nổi mào đay, rối loạn tiêu hoá. (chán ăn, buồn nôn, đau bụng) và sốt vừa (38-38,5°C)

Sau 2-6 tuần, vàng da dần dần đỡ đi, bệnh nhân thấy ăn ngon miệng trở lại và đỡ mệt mỏi. Bệnh khỏi không để lại di chứng.

3. Các thể lâm sàng khác

3.1. Thể không vàng da: có các dấu hiệu lâm sàng nhưng không vàng da.

3.2. Thể tắc mật: biểu hiện tắc mật trong trường hợp này trầm trọng hơn trong thể thông thường, hay có ngứa. Tiến triển thường rất chậm, sau vài tuần đến vài tháng.

3.3. Thể kéo dài: diễn biến lâm sàng và các xét nghiệm sinh học kéo dài sau 6 tuần và mất đi sau 3-4 tháng.

3.4. Thể tái phát: trong một số ít trường hợp, sự tái phát có thể xảy ra, sau khi đã khỏi bệnh hoàn toàn hoặc hầu như hoàn toàn.

3.5. Thể viêm gan tối cấp: nguy cơ bị viêm gan tối cấp chiếm 0,1% -1% trong viêm gan B cấp. Trong trường hợp không ghép gan, tử vong chiếm 90%.

3.6. Thể viêm gan ở phụ nữ có thai: không có biểu hiện lâm sàng gì đặc biệt ngoại trừ nguy cơ gây sảy thai và sự truyền HBV cho con.

3.7. Thể viêm gan ở trẻ em: các dấu hiệu toàn trạng thường rõ ràng, đôi khi thấy ngay từ đầu.

3.8. Thể viêm gan ở người có suy giảm miễn dịch: những bệnh suy giảm miễn dịch (AIDS, bệnh máu ác tính, hoá trị liệu chống ung thư) nói chung có những biểu hiện không điển hình, thường không có vàng da, nhưng nguy cơ mang HBV mạn và bị viêm gan mạn rất cao.

VII. VIÊM GAN B MẠN

1. Viêm gan mạn tồn tại

Thường không có triệu chứng, có thể đi kèm với mệt mỏi, chán ăn, đau tức nhẹ vùng hạ sườn phải.

Thăm khám lâm sàng bình thường hoặc có vẻ thấy gan to nhẹ.

Men gan tăng không quá 4 lần giá trị bình thường. Những xét nghiệm chức năng gan khác (bilirubin, phosphatase kiềm, γ globulin) thì bình thường. Hình ảnh tổ chức học có viêm nhẹ tế bào đơn nhân, giới hạn trong khoảng của với những tế bào gan bình thường.

Tiên lượng nói chung tốt, với những thương tổn tồn tại không tiến triển. Tuy nhiên, có thể tiến triển thành viêm gan mạn hoạt động nhất nếu có sự duy trì nhân lên của virut..

2. Viêm gan mạn hoạt động

Thường có mối tương ứng giữa các biểu hiện lâm sàng, dấu hiệu sinh học, và tổ chức học.

Các dấu hiệu lâm sàng gồm mệt mỏi, đau hạ sườn phải, vàng da và ngứa khi có tắc mật. Biểu hiện tăng áp lực tĩnh mạch cửa (cổ trướng, xuất huyết tiêu hoá) xuất hiện ngay cả khi không có xơ gan. Khám thấy gan chỉ to vừa, đôi khi đau. Có thể thấy lách to. Men gan tăng nhiều hay ít, nhất là ALT.

Sinh thiết gan thấy thâm nhiễm khoảng cửa, ở đó cũng có những ổ hoạt tử (hoại tử mối gặm). Trong thể nặng, hoại tử nhiều hơn, tạo thành các cầu nối (hoại tử cầu nối) Tiến triển theo hướng nặng lên, hoặc thành đợt tới xơ gan sau nhiều năm tiến triển.

VIII. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. Thời kỳ tiền hoàng đả: phân biệt với cúm, thấp khớp cấp.

2. Thời kỳ hoàng đả

- Tắc mật do nguyên nhân cơ giới: sỏi, dị dạng đường mật, chèn ép bên ngoài.
- Nhiễm trùng: vi khuẩn, KST, virus khác.
- Nhiễm độc
- Ung thư: ung thư gan, ung thư dạ dày, ung thư đầu tụy...

3. Hôn mê gan: cần phân biệt với các nguyên nhân khác gây hôn mê.

IX. ĐIỀU TRỊ

1. Thể thông thường

- Nghỉ ngơi là chính.
- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng.
- Không có thuốc điều trị đặc hiệu. Không dùng corticoid.

2. Thể nặng

- Truyền đường, axit amin không có nhân thơm.
- Truyền máu. plasma tươi.
- Thăng bằng nước, điện giải.

3. Thể mạn

- Thể tồn tại không cần điều trị
- Thể hoạt động: còn nan giải. thuốc điều biến miễn dịch (TNF- α , interleukin 2...) interferon cũng chỉ có phần nào đáp ứng mà giá thành quá cao.

X. PHÒNG BỆNH

1. Phòng lây qua đường tiêu hoá đối với viêm gan A và E: giáo dục sức khỏe về vệ sinh ăn uống, an toàn thực phẩm, vệ sinh môi trường.

Tiêm vaccin viêm gan A cho người có nguy cơ phơi nhiễm. Tiêm 2 mũi, cách nhau 1 tháng, mũi thứ 3 sau 6-12 tháng (liều 0,06ml/kg).

2. Đối với viêm gan B,C,D

Sàng lọc máu và các chế phẩm máu trước khi truyền.

Thực hiện tốt vô trùng, tiệt trùng.

Đảm bảo trong môi trường chăm sóc.

Riêng với viêm gan B: tiêm vaccin viêm gan B. Tiêm 3 mũi cơ bản, mỗi mũi cách nhau 1 tháng, sau đó tiêm nhắc lại sau 1 năm và cứ 5 năm nhắc lại 1 lần.

XI. PHÒNG VIÊM GAN VIRUT B

- Gama globulin thông thường.
- Gama globulin đặc hiệu với virut viêm gan B (HBIG)
- Vac xin phòng viêm gan B

1. Tác dụng của gama globulin

- Lấy từ huyết tương người cho máu có HBsAg nên số lượng hạn chế.
- Nếu cần chỉ nên dùng cho nhân viên có nguy cơ lây nhiễm cao trong lúc chờ vac xin hữu hiệu.

2. Vac xin phòng viêm gan B

- Làm từ huyết tương người.

Hevac B (Pasteur)

Heptavax (MSD)



- Tổng hợp:
 - Engerix (SBK)
 - Recombivax (MSD)
 - Genhevac B (Pasteur)

BỆNH SỞI

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh sởi là một loại bệnh truyền nhiễm rất hay lây và gây dịch. Bệnh do vi rút sởi gây nên, thường gặp ở trẻ em với đặc điểm lâm sàng là viêm long kết mạc mắt, niêm mạc đường hô hấp và tiêu hóa, sau đó phát ban đặc hiệu ngoài da. Sởi thường để lại nhiều biến chứng nặng ngoài da.

II. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

Vi rút sởi thuộc họ Paramyxoviridea, giống Morbilivirut, chỉ gây bệnh phát ban ở khỉ và người. Vi rút sởi có trong họng, trong máu và nước tiểu ở cuối giai đoạn ủ bệnh và một thời gian ngắn sau khi phát ban và có thể sống ít nhất 34 giờ trong không khí.

III. DỊCH TỄ HỌC

1. Sự lưu hành

- Bệnh có thể xảy ra ở khắp mọi nơi trên thế giới. Sởi là bệnh lưu hành địa phương trong cộng đồng dân cư đô thị và khoảng từ 2-3 năm bệnh có thể xảy ra thành dịch.
- Tuổi dễ mắc bệnh nhất là 2-6 tuổi. Trẻ dưới 6 tháng ít mắc sởi do đã có kháng thể của mẹ truyền qua nhau thai.

2. Ổ chứa: loài người

3. Cách lây truyền

- Bệnh lây truyền bởi không khí bị nhiễm các hạt nước bọt có chứa virut, do tiếp xúc trực tiếp với các chất tiết mũi họng của bệnh nhân khi nói chuyện,



hoặc khi hắt hơi, sổ mũi và đôi khi có thể lây bởi những đồ vật mới bị nhiễm bẩn các chất tiết đường mũi họng của bệnh nhân.

- Bệnh thường gặp vào mùa đông xuân.

- Hiện nay nhờ có vaccin sởi được tiêm phòng rộng rãi trong chương trình tiêm chủng mở rộng nên tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong đã giảm nhiều.

IV. LÂM SÀNG

1. Thời kỳ nung bệnh

Trung bình 10-12 ngày, có thể 7-20 ngày. Thời kỳ này hầu như yên lặng nhưng trong những trường hợp theo dõi được, người ta thấy trẻ có một số triệu chứng:

- + Sốt nhẹ 5-6 ngày sau khi bị lây rồi khỏi và 3-4 ngày sau mới thực sự bị sốt và viêm long mắt mũi.

- + Hoặc có rối loạn tiêu hóa nhẹ và nhất thời (đi lỏng, nôn chớ) và tăng bạch cầu trong máu.

- Ở trẻ sơ sinh theo dõi thấy không lên cân hoặc sụt cân mặc dầu vẫn ăn uống và tiêu hóa như bình thường

2. Thời kỳ khởi phát (còn gọi là thời kỳ viêm long)

- Tính từ lúc bắt đầu sốt cho đến lúc bắt đầu mọc sởi. Đây là thời kỳ hay lây nhất, kéo dài 4-5 ngày. Gồm có:

- + Sốt: có thể sốt bất chợt tới $39-39,5^{\circ}\text{C}$, đổ mồ hôi kèm theo mệt mỏi, kém chơi, trẻ sơ sinh có thể bị co giật nhưng phần nhiều trẻ sốt nhẹ $37,5-38^{\circ}\text{C}$.

- + Viêm long: là triệu chứng hầu như không bao giờ thiếu trong bệnh sởi

- Viêm long ở mắt gây chảy nước mắt, nhiều dử, kết mạc mắt đỏ. Bệnh nhân sợ ánh sáng. Mi mắt có thể bị sưng phù (dấu Brownlee), ngứa mắt.

- Viêm long ở mũi gây hắt hơi, sổ mũi, ho, viêm long trong mũi làm cho lỗ mũi và môi trên đỏ lên, sổ mũi như nước rồi có mủ. Mũi sụt sịt, ngứa, nhức trán.

- Viêm long đường tiêu hóa gây ỉa chảy phân lỏng, ít phân. Có thể có một dấu hiệu đặc biệt xuất hiện: đó là những cơn thổ rít do viêm thanh quản, nhiều khi là triệu chứng khởi đầu ở một trẻ vẫn chơi, chỉ hơi sổ mũi và bồng ban đêm nổi cơn ho ông ông, vùng dạ dày mê hoảng, nghẹt thở, trông rất nguy kịch. Nhưng cơn ho đó lui dần rồi có thể về sáng lại lên cơn nữa và khi hết hẳn thì bắt đầu mọc sởi. Cần chú ý đến điểm này để khởi mở khí quản vô ích với chẩn đoán nhầm là bạch hầu thanh quản (croup).



- Thăm khám miệng họng: có dấu hiệu của bệnh sởi trước khi phát ban, đó là dấu Koplik. Các nốt này xuất hiện trong miệng trên nền đỏ thẫm của niêm mạc má, môi, lợi như những chấm trắng, nhỏ 1mm, hơi nổi gợn lên. Có khi rất ít, tất cả 20-30 nốt, phải chú ý tìm ở quanh lỗ Sténon hoặc đối diện với răng hàm số 7. Các nốt này lặn hết sau 12-18 giờ, và biến mất 2 ngày trước khi mọc sởi.

- Có thể khi thăm khám còn thấy viêm niêm mạc miệng, có thêm giả mạc mủn làm nhăm với bạch hầu.

3. Thời kỳ toàn phát (còn gọi là thời kỳ phát ban)

- Ban xuất hiện đầu tiên ở sau tai, lan dần ra hai bên má, cổ. Đó là những vết đỏ hồng hay đỏ tía, trong hay bầu dục, sờ vào hơi nổi và êm như sờ vào nhung, chung quanh màu da vẫn bình thường.

- Sáng hôm sau ban mọc xuống mình, 2 cánh tay và đến ngày thứ 3 mọc đến bụng, đùi và chân. Hết ngày thứ 3, sởi đã mọc khắp người và dày nhất ở những nơi hay cọ sát hoặc phơi nắng và các nơi mọc đầu tiên tím nhạt dần, trông da trẻ vằn lên như da hổ trong 7 ngày. Đôi khi có cả ban xuất huyết có thể kèm theo xuất huyết ở mũi, miệng, ống tiêu hóa.

- Khi bắt đầu phát ban, nhiệt độ tăng đột ngột, nhưng khi ban mọc đến chân thì nhiệt độ giảm. Vẫn còn triệu chứng viêm long làm đau mắt, sổ mũi ra mủ, viêm thanh quản và khí quản nên khi nghe phổi thấy ran. Trẻ quấy khóc, kém ăn, khát nước, ỉa lỏng.

- Ngoài ra còn có biểu hiện: hạch cổ và hàm trên dưới sưng to, lách to, có thể đau bụng do phù nề niêm mạc ruột gây triệu chứng như viêm ruột thừa.

4. Thời kỳ hồi phục (thời kỳ sởi bay)

Xuất hiện ngay khi sởi đã mọc khắp người. Thông thường sởi bay theo trình tự xuất hiện, để lại những vết đen trên mặt da, gọi là vằn da hổ, có thể trắng như rắc phấn bên trên. Bệnh nhân ăn uống khá hơn, thời kỳ lại sức rất nhanh.

V. XÉT NGHIỆM

Chẩn đoán sởi thường dựa vào triệu chứng lâm sàng là chính kèm theo một số yếu tố dịch tễ học: trẻ nhỏ dưới 10 tuổi, chưa mắc sởi lần nào, có thể tiếp xúc với nguồn lây khoảng 10 ngày trước đó, đồng thời có nhiều trẻ xung quanh mắc bệnh tương tự trong khu vực sinh hoạt, khu trú. Rất hiếm cần xác định sởi bằng các xét nghiệm cận lâm sàng:

- Trong thời kỳ viêm long, qua phết nhầy mũi có thể thấy tế bào khổng lồ đa nhân (tế bào Finkeldey).



- Tìm kháng thể đặc hiệu của sởi trong 1-2 ngày kể từ khi phát ban bằng các phương pháp ELISA, bổ thể, trung hòa hoặc ức chế, ngưng kết.
- Phân lập được virus gây bệnh ở họng, máu hay nước tiểu bằng phương pháp nuôi cấy virus trong 5 ngày đầu của bệnh.
- Trong công thức máu, bạch cầu bình thường nhưng lymphocyt tăng.

VI. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Hồng ban sởi cần được phân biệt với một số bệnh có phát ban khác:
 1. Roseola infantum: do virus gây nên, gặp ở 6 tháng đến 2 tuổi, biểu hiện ban đầu là tình trạng nhiễm trùng và dấu hiệu thần kinh, sau khi hết sốt ban mới xuất hiện ở bụng, ngực.
 2. Rubéole: là bệnh do virus gây nên, không viêm long, ở phụ nữ có thai thường gây dị dạng thai nhi.
 3. Megalerythema epidimicum: cũng do virus gây nên. Ban xuất hiện đầu tiên ở 2 má, chừa sống mũi và miệng. Lúc ban bay thường nhạt ở giữa, xung quanh loang lổ giống hình bản đồ trên mặt da.
 4. Tăng bạch cầu đơn nhân do nhiễm trùng: Do Epstein Barr virus gây nên, thường gặp ở tuổi thiếu niên, gồm sốt kéo dài, phát ban dạng sởi, vàng da, viêm họng giả mạc, hạch và gan lách to. Phản ứng Paul.Bunnell.Dawson (+)
 5. Bệnh tinh hồng nhiệt (Scarlatine): là bệnh do độc tố của vi trùng Streptococcus gây nên. Thường khởi phát sốt cao, sau 12-48 giờ phát ban đỏ toàn thân, ấn vào mất (dấu Pastia). Một tuần sau ban lặn để lại dấu tróc vảy, tróc da ở đầu các ngón tay là dấu hiệu rất có giá trị chẩn đoán. Xét nghiệm có bạch cầu tăng. ASLO (+), cần ngoáy họng tìm liên cầu.c
 6. Virus đường ruột; Coxsackie A,B, ECHO có thể gây phát ban dạng sởi, sốt cao, đau họng, nôn mửa, không có viêm long và nốt Koplik.
 7. Phản ứng thuốc hoặc huyết thanh: dị ứng
 - Lưu ý một số trường hợp sởi khó phân biệt với các trường hợp trên do ban sởi quá ít, thưa thớt, bệnh cảnh lâm sàng nhẹ do bệnh nhân đã dùng globulin, tiêm chủng hoặc ở trẻ < 6 tháng vẫn còn kháng thể của mẹ

VII. BIẾN CHỨNG

Các biến chứng của bệnh sởi hay gặp ở trẻ suy dinh dưỡng, thiếu vệ sinh.

1. Các biến chứng ở bộ máy hô hấp

1.1. Viêm phổi: là một trong những biến chứng thường gặp nhất, có thể do chính virus sởi gây tổn thương mô kẽ và cũng có thể do bội nhiễm vi khuẩn khác. Các tác nhân thường là phế cầu, liên cầu tan huyết, tụ cầu vàng, Hemophilus gây viêm phổi hậu sởi ở những cơ địa suy dinh dưỡng, miễn dịch kém. Hay gặp phế quản phế viêm, biểu hiện lâm sàng bệnh nhân vẫn còn sốt sau khi phát ban, ho kéo dài, phổi có nhiều ran, ở thể nặng có suy hô hấp. Do đó trên một bệnh nhân sởi cần khám phổi và theo dõi thường xuyên, chụp Xquang thường xuyên nếu cần và dùng kháng sinh thích hợp.

1.2. Viêm thanh quản: xuất hiện dưới một trong hai bệnh cảnh.

- Viêm thanh quản sớm: xuất hiện trong thời kỳ viêm long hay thời kỳ phát ban, bệnh nhân lên cơn khó thở về đêm, ho khan, bệnh thường lành tính

- Viêm thanh quản muộn: ở thời kỳ hồi phục, với tình trạng khó thở thanh quản. Soi thanh quản thấy phù nề, đôi khi có giả mạc. Cần điều trị khẩn trương với kháng sinh, nếu suy hô hấp nặng phải đặt nội khí quản hoặc mở khí quản.

1.3. Viêm mũi họng

2. Biến chứng vào bộ máy tiêu hóa

2.1. Viêm niêm mạc miệng thành loét tròn từng nơi do tụ cầu hoặc liên cầu gây ra. Không được điều trị và chăm sóc có thể trở thành cam tẩu mã do vi khuẩn kỵ khí gây hoại thư, có thể gây thối xương hàm.

2.2. Viêm ruột dẫn đến ỉa chảy liên tục hoặc như đi kiết lỵ rất nặng ở trẻ sơ sinh.

3. Biến chứng vào giác quan

- Viêm tai giữa hay gặp nhất sau viêm phổi, xảy ra ở thời kỳ phát ban hay hồi phục. Ở trẻ sơ sinh nhiều khi âm ỉ, bệnh nhân có thể sốt cao, quấy khóc, tai chảy mủ vàng một bên hoặc hai bên, nếu điều trị muộn gây thủng màng nhĩ, nhiều khi xương chũm cũng bị viêm theo.

- Đau mắt cũng thường gặp, đôi khi có mủ và làm loét đồng tử, loét giác mạc do thiếu vitamin A, có thể dẫn đến hình thành hạt Bitot và mù.

4. Biến chứng ở hệ thần kinh

- Ngoài những trường hợp viêm màng não tủy phần nhiều do viêm tai giữa âm ỉ gây nên, còn có thể gặp viêm tủy nhưng đặc biệt nhất là não viêm.

- Viêm não tủy là một biến chứng hiếm gặp nhưng trầm trọng, xảy ra sớm hay 1-2 tuần sau khi nhiễm trùng. Bệnh nhân sốt cao, nhức đầu, nôn mửa, lơ mơ, co giật. Biến chứng này không liên quan đến độ nặng nhẹ của bệnh sởi. Nếu xuất hiện sớm do virus sởi gây nên. Nếu xuất hiện muộn có tình trạng thoái hóa

myelin do phản ứng miễn dịch. Tử vong có thể 10%, số còn lại có di chứng thần kinh trầm trọng vĩnh viễn.

5. Sởi và bệnh lao

– Bệnh sởi ảnh hưởng rõ rệt tới bệnh lao, làm cho bệnh đang âm ỷ thành cấp diễn, hoặc gây lao kê, lao màng não, phế quản phế viêm do lao.

– Đôi khi gây lao kéo dài, lao hạch. Nguyên nhân là do sởi làm suy yếu tình trạng miễn dịch, mặt khác gây viêm long trong hệ thống phế quản và các hạch ở phổi là cơ hội thuận tiện cho vi khuẩn lao tác động, dễ phát triển thành bệnh nặng.

VIII. ĐIỀU TRỊ

Hiện nay bệnh sởi chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, Việc điều trị nhằm giải quyết các triệu chứng bất lợi của bệnh để giúp bệnh nhân tự hồi phục lại dần.

1. Dinh dưỡng: không cần thiết phải kiêng cử thái quá mà ngược lại cần cho trẻ dùng những thức ăn nhiều chất dinh dưỡng, dễ tiêu hóa để tránh suy dinh dưỡng nặng, khó hồi phục và gây biến chứng dễ bội nhiễm. Đặc biệt lưu ý dùng thêm vitamin A tránh loét giác mạc.

2. Vệ sinh răng miệng, da, mắt

3. Điều trị triệu chứng

– Hạ nhiệt: nếu bệnh nhân sốt cao, đe dọa co giật có thể dùng những biện pháp vật lý để hạ nhiệt, cho uống nhiều nước.

– Tránh dùng aspirin có thể gây hội chứng Reyes.

– Giảm ho.

– Tránh dùng corticoid dễ gây ban xuất huyết.

– Không dùng kháng sinh bừa bãi nếu không có chỉ định.

4. Điều trị biến chứng

– Nếu có bội nhiễm phổi, viêm tai: dùng kháng sinh thích hợp dựa vào lâm sàng, Xquang, kháng sinh đồ.

– Viêm thanh quản: cho thở oxy, dùng thuốc chống co thắt thanh quản, chống phù nề. Làm ẩm nhiệt độ phòng. Nếu nặng phải đặt nội khí quản hoặc mở khí quản.

– Viêm não: chống co giật bằng thuốc an thần, thở oxy khi có suy hô hấp, tránh loét, đặt ống thông cho ăn đủ dinh dưỡng.

- Theo dõi tình trạng nhiễm lao bằng Xquang phổi, làm phản ứng Mantoux 6 tháng 1 lần sau khi khỏi bệnh.

IX. PHÒNG BỆNH

1. Tạo miễn dịch chủ động

- Chỉ định tiêm vac xin

Bắt đầu tiêm cho trẻ em từ 8 -9 tháng tuổi, sau tiêm nhắc lại một lần nữa khi trẻ 2 tuổi, cho miễn dịch suốt đời.

- Cách tiêm: tiêm dưới da
- Chống chỉ định:
 - + Trẻ đang sốt
 - + Bị lao tiến triển
 - + Mới được tiêm gamaglobulin hoặc truyền máu (3 tháng)
 - + Bị dị ứng với trứng
 - + Phụ nữ đang có thai
 - + Các người có bệnh máu
 - + Các người đang điều trị corticoid, xạ trị, hoá liệu ung thư
- Kết quả : chỉ có 5% thất bại

Tai biến khi dùng vac xin : chán ăn, nôn, ỉa chảy, viêm mũi họng rất hiếm và có khoảng 10% trẻ có phát ban kiểu sởi nhẹ ở mặt, trên ngực vào ngày thứ 10, ban tồn tại chừng 48 giờ.

2. Phòng bệnh không đặc hiệu

- Phải phát hiện bệnh nhân sớm từ khi còn ở thời kỳ khởi phát chỉ có ho và viêm long mắt mũi để cách ly và tránh lây lan ra cộng đồng và điều trị kịp thời để tránh các biến chứng nặng.

- Với những trẻ em và người lớn quá nhạy cảm với bệnh sởi như trẻ nhỏ dưới một tuổi hoặc những người lớn có suy giảm miễn dịch mà tiếp xúc với bệnh nhân sởi trong vụ dịch.

+ Phải tiêm ngay globulin miễn dịch chuẩn chậm nhất trong vòng 6 ngày tính từ khi tiếp xúc, tiêm bắp, tiêm càng sớm càng tốt.

+ Liều: 0,25ml/ kg cho người khỏe

0,5ml/ kg cho người suy giảm miễn dịch với liều tối đa là 15ml.

BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh sốt xuất huyết Dengue là một bệnh truyền nhiễm gây dịch do virus Dengue gây nên. Bệnh có đặc trưng bởi sốt, xuất huyết và thoát huyết tương dẫn đến sốc giảm thể tích tuần hoàn và rối loạn đông máu, nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời dễ dẫn tới tử vong.

1. Dịch tễ học

1.1. Tác nhân gây bệnh

Virus Dengue thuộc họ Arbo-virus, nhóm Flavivirus (B), 17-25nm, có 4 typ KN D1, D2, D3 và D4.

Virus có trong máu khi sốt (2-7 ngày). Kháng nguyên virus Dengue có ở đại thực bào, tế bào Kupffer, bạch cầu đơn nhân máu ngoại vi, phổi, gan, lách, tuyến ức.

Cho đến nay chưa rõ typ nào gây bệnh mạnh và nặng hơn.

1.2. Ổ chứa virus

Là động vật linh trưởng.

1.3. Côn trùng trung gian truyền bệnh

Chủ yếu: *Aedes aegypti* (đô thị).

Aedes Allbopictus (ngoại ô, nông thôn).

Ngoài ra có: *A. polynesisensis*, *A. scutellaris* ở nam TBD.

A. niveus (rừng Malaysia và Việt Nam).

Trứng tồn tại lâu 6-8 tháng ở điều kiện khô, khi tiếp xúc nước trứng phát triển thành bọ gậy (1-3 tuần).

Chu trình dịch tễ: Muỗi → Người → Muỗi → Người

Muỗi → Người → Muỗi → Khỉ

Nhiệt độ thích hợp là 20- 30°C, chu kỳ phát triển của muỗi 9-20 ngày, trung bình 12 ngày.

Phân bố vùng dịch tễ sốt xuất huyết Dengue ở Việt Nam:

Vùng 1: có SXH quanh năm:



- Đồng bằng sông Cửu Long.
- Vùng ven biển Nam Trung Bộ.

Vùng 2: có SXH vào mùa hè thu:

- Đồng bằng sông Hồng.
- Vùng ven biển Bắc Trung Bộ.

Vùng 3: có SXH tản phát mùa nóng:

- Tây Nguyên.
- Biên giới phía Bắc.

Mùa dịch:

- Phía Nam: bắt đầu tháng 4-5. Đỉnh cao tháng 6-7-8.
- Phía Bắc: bắt đầu tháng 6-7. Đỉnh cao tháng 7-8-9-10.

1.4. Cơ thể cảm thụ

Chủ yếu ở trẻ em từ 3-9 tuổi.

Không có sự khác biệt về giới tính.

3. Biểu hiện lâm sàng

3.1. Sốt Dengue (Dengue cổ điển, SD)

3.1.1. *Nung bệnh:* 3-15 ngày không có biểu hiện gì.

3.1.2. *Khởi phát:*

- Trẻ còn bú và trẻ nhỏ.
- Trẻ lớn và người lớn.

3.2. Sốt xuất huyết Dengue (SXHD)

3.2.1. *Sốt xuất huyết Dengue không sốc*

- Hội chứng nhiễm trùng: sốt cao đột ngột, nhiệt độ 39 - 40°C, kéo dài 2-7 ngày, kèm theo các triệu chứng:

- + Mệt mỏi, chán ăn.
- + Đau bụng vùng thượng vị và hạ sườn phải, đôi khi nôn.
- + Da xung huyết hoặc có phát ban.
- + Gan to (trẻ em hay gặp hơn).



- Hội chứng thần kinh:
 - + Đau người, đau cơ khớp, nhức đầu và hai hố mắt.
 - + Trẻ nhỏ đôi khi có co giật, hốt hoảng, HCMN âm tính.
- Hội chứng xuất huyết: thường ngày thứ 2, dấu hiệu dây thắt (+).
 - + Xuất huyết dưới da.
 - + Xuất huyết niêm mạc.
 - + Xuất huyết tiêu hoá.

3.2.2. Sốt xuất huyết Dengue có sốc

- Dấu hiệu tiền sốc:
 - + Vật vã, lừ đừ, li bì.
 - + Đau bụng vùng gan, gan to.
 - + Da xung huyết, chân tay lạnh.
 - + Xuất huyết, tiểu ít.
 - + Xét nghiệm: tiểu cầu hạ nhanh chóng.

Hematocrit tăng cao.

- Hội chứng sốc Dengue bao gồm tất cả các triệu chứng lâm sàng của sốt xuất huyết Dengue kèm theo các triệu chứng:

- + Mạch nhanh, nhỏ.
- + Huyết áp tụt, hoặc kẹt.
- + Nhiệt độ hạ đột ngột. Da ở các chi lạnh ẩm.
- + Tiểu ít.

Sốc thường xảy ra vào ngày thứ 2-6 của bệnh. Bệnh nhân có thể bị tử vong trong 12-24 giờ. Tuy nhiên sẽ hồi phục nhanh chóng nếu được điều trị kịp thời và thích hợp.

4. Phân độ lâm sàng theo Tổ chức Y tế Thế giới

- Độ 1: sốt đột ngột, kéo dài từ 2-7 ngày. Dấu hiệu dây thắt dương tính hoặc dễ bầm tím trên da khi va chạm hoặc tiêm chích.
- Độ 2: triệu chứng như độ 1 kèm theo xuất huyết dưới da hoặc niêm mạc.
- Độ 3: có dấu hiệu suy tuần hoàn, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp hoặc huyết áp kẹt, da lạnh ẩm, người bồn chồn hoặc vật vã li bì.
- Độ 4: sốc sâu, mạch nhỏ khó bắt. HA không đo được.

5. Xét nghiệm trong sốt xuất huyết Dengue

5.1. Công thức máu

- Tiểu cầu giảm $< 100.000/\text{mm}^3$
- Hematocrit tăng $> 20\%$ so với mức bình thường.
- Bạch cầu bình thường hoặc hạ.

5.2. Giảm các yếu tố đông máu

- Bỏ thể trong huyết thanh giảm (chủ yếu C3a, C5a).
- Giảm protein và natri máu.
- Tăng transaminase nhẹ.
- Trong sốc kéo dài có toan chuyển hóa.

5.3. Đôi khi có albumin niệu nhưng nhẹ và nhất thời

5.4. Chẩn đoán xác định

5.4.1. Phân lập virus Dengue

Đối với tử thi lấy bệnh phẩm gan, lách, hạch, tuyến ức.

5.4.2. Chẩn đoán huyết thanh

- Mac ELISA: tìm kháng thể IgM để chẩn đoán nhanh.
- Phản ứng ức chế ngưng kết hồng cầu.
- Phản ứng khuếch đại chuỗi gen (PCR).

6. Điều trị

6.1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue không sốc (độ 1,2)

6.1.1. Điều trị triệu chứng

- Vitamin C hoặc rutin C uống.
- Nếu trẻ sốt cao $> 39^\circ\text{C}$ thuốc hạ nhiệt hoặc đắp khăn mát.

Liều dùng paracetamol: < 1 tuổi: 60mg/lần.

1-3 tuổi: 60-120mg/lần.

3-6 tuổi: 120mg/lần.

6-12 tuổi: 240mg/lần.



Tổng liều dùng trong 24 giờ không quá 6 lần. Trung bình 10-15mg/kg/lần, 3-4 lần/ ngày.

Không được dùng aspirin hoặc salycilat vì có thể gây xuất huyết, toan máu.

6.1.2. Bù dịch sớm bằng đường uống

Dung dịch: oresol, nước trái cây...

6.1.3. Truyền dịch

Chỉ định:

Dịch truyền gồm:

- Glucose 5% và NaCl 0,9% tỷ lệ 1:1.
- Hoặc ringer lactate.

Lượng dịch truyền 5-10ml/kg/giờ. Trung bình 100-120 ml/kg/ngày.

Số lượng dịch truyền theo WHO (1986): (ml/24 giờ).

Ngày	Cân nặng khi vào viện			
	< 7kg	7-11 kg	12-18 kg	> 18 kg
Ngày thứ 1	220	165	132	88
Ngày thứ 2	165	132	88	88
Ngày thứ 3	132	88	88	88

Nếu trẻ kiệt nước nhiều thì 1/2 số lượng dịch trên truyền trong 8 giờ đầu, số còn lại truyền trong 16 giờ sau.

6.2. Điều trị sốt xuất huyết Dengue có sốc độ 3

6.2.1. Dịch truyền

- Natri clorua 0,9%.
- Ringer lactate hoặc ringer acetate.
- Glucose 5%.
- Plasma hoặc chất thay thế plasma.

6.2.2. Cách truyền

Nhanh chóng thay thế lượng plasma mất đi bằng ringer lactate hoặc glucose 5% và natri clorua 0,9% (tỷ lệ 1:1) truyền tĩnh mạch tốc độ 20ml/kg/giờ.

a. Nếu sau 1 giờ tình trạng tốt lên: HA về bình thường, mạch rõ, chi ấm.

Hematocrit giảm → truyền 5ml/kg/giờ trong 3-4 giờ. Nếu tiếp tục tốt lên → truyền 3ml/kg/giờ trong vài giờ tiếp theo.

Ngừng truyền khi các dấu hiệu tốt lên, hematocrit bình thường, trung bình 24-48 giờ sau khi sốc.

b. Nếu sau 1 giờ tình trạng không tốt lên, hematocrit vẫn tăng, tiểu ít thì thay dịch truyền bằng Plasma hoặc Dextran 40 hoặc albumin 5% lượng dịch 15-20ml/kg/giờ.

b.1. Nếu sốc có sự cải thiện → truyền 10ml/kg/giờ trong 2 giờ → 5ml/kg/giờ trong 2 giờ.

Sau đó dùng ringer lactate hoặc mặn ngọt đẳng trương 1:1 truyền 5ml/kg/giờ trong 3-4 giờ → giảm 3ml/kg/giờ cho đến khi mạch, HA ổn định, tiểu nhiều, hematocrit bình thường.

b.2. Nếu sốc vẫn chưa cải thiện → tiếp tục dextran 40 hoặc plasma (chú ý theo dõi CVP) và truyền như trên (b.1).

Khi tình trạng sốc không cải thiện, hematocrit giảm xuống (<35%) cần thăm khám kỹ để phát hiện xuất huyết nội và truyền máu toàn phần (10ml/kg) (sơ đồ 1).

6.3. Điều trị sốt xuất huyết Dengue có sốc độ 4

Tình trạng bệnh nhân: mạch khó bắt, huyết áp không đo được.

- Đặt nằm đầu thấp.
- Thở oxy.
- Dùng bơm kim to bơm trực tiếp vào tĩnh mạch HT mặn ngọt đẳng trương hoặc

Ringer lactate 20ml/kg trong 15 phút, sau đó dùng dung dịch cao phân tử 20ml/kg trong 15 phút để nhanh chóng ra khỏi sốc sâu.

Khi bắt được mạch và đo được huyết áp thì xử trí tiếp như sốc độ 3 (sơ đồ 2).

Chú ý khi truyền dịch:

- Ngừng truyền khi mạch, HA về bình thường, tiểu nhiều, hematocrit bình thường (thường sau 24 giờ). Nếu tiếp tục truyền khi có sự tái hấp thu trở lại lòng mạch sẽ gây tăng thể tích tuần hoàn, dư thừa nước dẫn đến phù phổi cấp, suy tim → phải dùng thuốc lợi tiểu furosemid 0,5mg/kg/lần.

- Phải dùng dung dịch truyền tinh khiết, dây vô trùng tránh tai biến sốc do truyền làm nặng thêm tình trạng bệnh nhân.



6.4. Các biện pháp điều trị khác

6.4.1. Truyền máu: cần tiến hành làm nhóm máu và phản ứng chéo thường quy khi bệnh nhân có sốc.

Chỉ truyền máu khi có xuất huyết nặng và không có tình trạng cô đặc máu, tức là khi hematocrit giảm xuống nhanh chóng (giảm 20% so với mức bình thường) mặc dù đã truyền dịch đầy đủ mà tình trạng sốc không cải thiện, truyền 10ml/kg/lần.

6.4.2. Thăng bằng kiềm toan: thường gặp khi hạ natri máu ở hầu hết trường hợp sốc nặng và đôi khi có toan chuyển hoá.

Cần chú ý để điều chỉnh bằng natri bicacbonat.

6.4.3. Thuốc vận mạch

Nếu đã truyền dịch đầy đủ mà huyết áp chưa lên, CVP > 10cm nước thì truyền tĩnh mạch dopamin 5µg/kg/phút, không dùng quá 10µg/kg/phút.

6.4.4. Thở oxy

Tất cả các bệnh nhân có sốc đều phải cho thở oxy.

6.4.5. Săn sóc và theo dõi

- Khi có tràn dịch màng bụng, màng phổi gây khó thở nên chọc hút bớt dịch.
- Giữ ấm.
- Khi đang sốc theo dõi mạch, HA, nhịp thở 15-30 phút/lần.
- Đo nhiệt độ 2-3 giờ/lần.
- Đo hematocrit 2 giờ/lần trong 6 giờ đầu, sau đó 4 giờ/lần cho đến khi hết sốc.
- Đo lượng nước tiểu.
- Ghi chép số lượng dịch truyền trong 24 giờ.

Không dùng corticoid trong điều trị sốc Dengue.

6.5. Tiêu chuẩn cho bệnh nhân ra viện

- Hết sốt ít nhất 1 ngày, tỉnh táo, ăn ngon miệng.
- Tiểu nhiều như số lượng hàng ngày.
- Mạch, HA, hematocrit bình thường, tiểu cầu > 50.000/mm³

Nếu khi vào viện có tình trạng sốc thì xuất viện ít nhất phải 3 ngày sau khi hết sốc và hết tràn dịch màng bụng, màng phổi.



7. Phòng bệnh

Hiện chưa có vacxin phòng bệnh nên các biện pháp phòng chống dịch chỉ tập trung vào khâu diệt muỗi (cắt trung gian truyền bệnh).

Giám sát sinh học ngăn ngừa dịch: theo dõi chỉ số muỗi *Aedes Aegypti*, chỉ số bọ gậy.

Cụ thể: diệt bọ gậy, thả cá cho ăn bọ gậy.

Thay bể nước, cọ chum vại.

Khi có dịch xảy ra: diệt muỗi trưởng thành, ngăn ngừa muỗi đốt.

Phun malathion cần phun đường kính 100m, 7-10 ngày phun 1 lần đối với các hộ tập thể, gia đình có người bị sốt xuất huyết Dengue.

BỆNH SỐT MÒ

I. ĐỊNH NGHĨA

Là bệnh truyền nhiễm cấp tính do *Rickettsia orientalis* (R. *Tsutsugamushi*) gây ra. Người bị bệnh là do bị ấu trùng của con mò *Thrombicula akamushi* có mang mầm bệnh đốt. Biểu hiện thường gặp là sốt kéo dài 2-3 tuần, có vết loét đặc trưng, nổi hạch toàn thân và phát ban.

II. DỊCH TỄ HỌC

1. Tác nhân gây bệnh

- *Rickettsia orientalis* (R. *tsutsugamushi*) là vi khuẩn ký sinh bắt buộc ở trong tế bào, phát triển tự do trong nguyên sinh chất của tế bào, không có màng không bào. Có thể phát hiện bằng nhuộm tổ chức bằng phương pháp nhuộm Giemsa, Gram âm.

- *R. orientalis* có chung một vài kháng nguyên với OX-K của *Proteus vulgaris* vì vậy huyết thanh bệnh nhân có kháng thể có thể ngưng kết mạnh với OX-K (gọi là phản ứng huyết thanh Weil-Felix).

- *R. orientalis* có sức đề kháng yếu nhất trong số các loại *Rickettsia*, bị diệt nhanh ở nhiệt độ ở 56°C trong 30 phút, sự khô ráo và thuốc sát trùng formol, phenol.



2. Nguồn bệnh

- Động vật hoang dã: loại gặm nhấm, chủ yếu là chuột (*Rattus flavipectus*, *Rattus rattus*..), thỏ, chim, hoặc gia súc (chó, lợn, gà).
- Trung gian truyền bệnh: mò *Thrombicula* (thứ yếu):
 - + *Thrombicula akamushi* (*Leptothrombicula akamushi*)
 - + *Thrombicula deliensis* (*Leptothrombicula deliensis*)

3. Cách lây truyền

- Lây theo đường máu qua da, theo vết đốt của ấu trùng mò có mang mầm bệnh. Mò thường sống ở các bụi cây, bụi cỏ ẩm thấp, phía trên là vòm cây cao hoặc ở những nơi có loại gặm nhấm sống.
- Lây qua niêm mạc mắt hoặc da bị xây sát do nhiễm bệnh phẩm ở trong phòng thí nghiệm.

III. LÂM SÀNG

1. Nung bệnh

- Từ 6-18 ngày, thường từ 10-12 ngày sau khi bị mò đốt.
- Vết đốt thường ở nơi kín đáo, da mềm, không đau nên bệnh nhân không để ý. Khởi đầu là một nốt sần đỏ, giữa có mọng nước, sau đó sẽ vỡ ra và loét hoại tử, nổi gờ lên mặt da, có viền đỏ và có dịch xuất tiết, sau đó đóng vảy đen (Eschar).
- Hạch viêm tại địa phương nơi bị đốt. Không sưng đỏ, không đau.

2. Khởi phát

- Sốt: thường đột ngột, rét run. Sau vài ngày nhiệt độ tăng dần lên, nhiệt độ tuyến hình cao nguyên 39-40°C.
- Nhiễm độc: nhức đầu, chóng mặt, đau mỗi cơ, nhức sau hố mắt, mắt đỏ, môi khô, lưỡi bẩn.

3. Toàn phát

- Sốt: thường kéo dài 1-4 tuần. Trung bình 2 tuần.
 - + Sau 3 ngày sốt liên tục nhiệt độ cao 39-40°C
 - + Đôi khi có mạch nhiệt phân ly.
- Nốt loét do côn trùng mò đốt (gặp khoảng 60%):



- + Đây là dấu hiệu có giá trị chẩn đoán bệnh
- + Nốt loét này đã đóng vảy đen, có đường kính 2-3 x 3-5 mm. Không đau, không ngứa, có viền đỏ và nổi gờ trên mặt da, lúc đầu vàng xám, sau đó vảy nâu hoặc đen.
- + Đến tuần thứ 3 vảy bong đi để lại một sẹo thâm, nếu vết loét nhỏ có thể không để lại dấu tích.
- + Thường chỉ thấy một vết loét trên người, vết loét hay gặp ở bẹn, đùi, bẹn, nách, cổ, gáy, đôi khi cả ở rốn, nếp nhăn mi mắt.
- Sưng hạch toàn thân: hạch hơi cứng, ấn hơi đau, đường kính 2-3 cm, di động, không hóa mủ, nhỏ dần khi bệnh nhân phục hồi.
- Phát ban (34%):
 - + Thường vào ngày thứ 4-5 của bệnh. Có phát ban ở mình và chi, kéo dài vài ngày đến 1 tuần.
 - + Ban dạng nốt sẩn (Maculo-papule), màu đỏ nhạt, không đau, không ngứa, khi lặn không để lại vết tích. Xuất hiện đầu tiên ở ngực, bụng sau đó lan ra khắp mình, tay, chân. Ít khi ban có ở mặt và lòng bàn tay, bàn chân.
 - + Đôi khi có chấm xuất huyết, ban xuất huyết hoặc xuất huyết kết mạc mắt.
- Các dấu hiệu khác
 - Nhiễm độc thần kinh: run, mê sảng, ngẫn ngãng, có thể có hội chứng màng não sau hai tuần của bệnh. Mơ, li bì hoặc bị kích động.
 - Tim mạch: hạ huyết áp có thể xảy ra ở cuối tuần thứ 2. Trường hợp nặng có viêm cơ tim
 - Tiêu hóa: lúc đầu táo bón, sau đó ỉa lỏng 3-4 lần. Gan ít khi to. Thường gặp lách to vào tuần thứ 2
 - Tiết niệu: tiểu ít, có albumin niệu. Trong các thể nặng có tăng urê máu.

4. Diễn biến

- Sau tuần thứ 2 hoặc 3, sốt sẽ hạ dần, đi tiểu nhiều nhưng còn mệt nhọc, đau mình. Sau vài tuần sẽ trở lại bình thường.
- Tỷ lệ tử vong nếu không điều trị từ 0-30%. Thường chết do trụy tim mạch hoặc sung phổi khối.
- Trường hợp được điều trị: hết sốt sau 3-4 ngày nhưng lại có thể sốt lại sau một tuần.



IV. XÉT NGHIỆM

1. Phân lập mầm bệnh: lấy máu bệnh nhân khi sốt cao, tiêm vào phúc mạc chuột lang hoặc nuôi cấy trên mô tế bào. Xét nghiệm này đòi hỏi trang thiết bị kỹ thuật đặc biệt.

2. Huyết thanh chẩn đoán -Phản ứng Weil-Felix

– Kháng thể trong huyết thanh bệnh nhân ngưng kết với *Proteus vulgaris* OX-K. Phản ứng dương tính khi $\geq 1/320$

– Phản ứng cần làm 2 lần, hiệu giá kháng thể lần 2 tăng gấp 4 lần lần đầu mới có giá trị chẩn đoán.

3. Kỹ thuật kháng thể huỳnh quang gián tiếp (IFA) và miễn dịch men (Immuno-Peroxydase): là hai phương pháp chẩn đoán huyết thanh được lựa chọn

a. Kỹ thuật mới để chẩn đoán Rickettsia đã được áp dụng:

- PCR (Polymerase Chain Reaction)
- ELISA (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay)

b. Các xét nghiệm khác:

– Công thức máu: bạch cầu bình thường hoặc giảm lúc khởi phát. Sang tuần thứ 2, bạch cầu có thể tăng với tỷ lệ đa nhân cao.

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. Thời kỳ khởi phát

- Cúm
- Sốt rét
- Thương hàn
- Leptospirose

2. Giai đoạn toàn phát

- Thương hàn
- Nhiễm khuẩn huyết
- Bệnh tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn: Mononucleose infectieuse.
- Sởi và các bệnh phát ban
- Dịch hạch
- Sốt Dengue



- Dengue xuất huyết
- Các bệnh do Rickettsia khác:
 - + Sốt phát ban dịch tễ (typhus exanthematicus): không có nốt loét do ấu trùng mò đốt, ban xen kẽ các chấm xuất huyết, urê tăng cao, li bì nhiều. Phản ứng Weil-Felix dương tính với OX19.
 - + Sốt phát ban chuột (typhus murin): không có vết loét, không nổi hạch, không ban đỏ, nhiệt độ tuyến hình chóp. Phản ứng Weil-Felix dương tính với OX2.

VI. BIẾN CHỨNG

1. **Tim mạch:** viêm cơ tim, viêm tắc động tĩnh mạch, trụy tim mạch.
2. **Phổi:** phế quản phế viêm, OAP, viêm phổi không điển hình.
3. **Thần kinh:** viêm não, viêm thần kinh ngoại biên.
4. **Thận:** viêm thận, tăng urê, tăng creatinin máu.
5. **Xuất huyết:** nôn, ho, đi ngoài ra máu.

VII. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị đặc hiệu

1.1. Chloramphenicol và tetracyclin

- + Tetracyclin: 25mg/kg/24giờ x 3-7 ngày
- + Chloramphenicol: 50mg/kg/24giờ x 3-7 ngày

Tetracyclin hết triệu chứng bệnh lý nhanh hơn so với chloramphenicol, tuy nhiên không nên dùng trên phụ nữ có thai hoặc trẻ nhỏ <7 tuổi.

1.2. Doxycyclin (là Tetracyclin thế hệ III)

Với người lớn dùng liều duy nhất 200mg doxycyclin có tác dụng điều trị bằng dùng 7 ngày tetracyclin.

2. Điều trị triệu chứng, nâng cao thể trạng

- Cân bằng nước, điện giải
- Săn sóc và điều dưỡng tích cực, chống loét, vệ sinh thân thể, dinh dưỡng đủ.

VIII. PHÒNG BỆNH

1. Xử lý ổ dịch thiên nhiên

2. Bảo vệ cá nhân tránh bị ấu trùng mò đốt

3. Phòng bệnh bằng thuốc

- Chloramphenicol
- Tetracyclin
- Tốt hơn là doxycyclin.

4. Bệnh giun xoắn

4.1. Tác nhân gây bệnh

4.1.1. Giun trưởng thành

Giun xoắn trưởng thành có hình thể rất nhỏ, mắt thường khó nhận thấy. Kích thước giun đực: 1.2-1.8 mm, giun cái: 3-4 mm. Giun cái có âm môn ở nửa trước thân mình, đầu bám chặt vào màng ruột, nửa thân gắn vào nếp nhân ruột non. Khi giun cái đẻ, ấu trùng vào thẳng màng nhầy ruột non. Giun xoắn đẻ ra ấu trùng, nhưng vẫn có thể quan sát được trứng giun xoắn ở trong cơ thể giun cái, kích thước: 30x40um. Giun đực đuôi cong, có hai thể phụ hình nón ở phía đuôi, dùng để giữ giun cái lúc giao phối.

4.1.2. Ấu trùng

Lúc đầu nhỏ, kích thước 100x 6um, có thể chui qua mao mạch. Khi ấu trùng vào tổ chức cơ, lớn dần, kích thước: 900 – 1300 x 35-49um, thường cuộn lại như vòng xoắn lò xo trong một nang hình quả cau ở tổ chức cơ vân. Trong một nang có thể có 2-3 ấu trùng.

5. Đặc điểm sinh học

Giun xoắn trưởng thành ký sinh ở thành ruột, ở đoạn cuối ruột non, cũng có khi ở ruột già của chuột, lợn, cầy, cáo, hổ, gấu, báo... và người.

Giun đực sau khi giao phối sẽ bị tống ra khỏi đường ruột. Giun cái đẻ ra ấu trùng. Trung bình mỗi giun cái đẻ 1.500 ấu trùng. Ấu trùng chui qua thành ruột vào mạch bạch huyết, rồi tới tim phải, theo hệ tuần hoàn, chu du khắp cơ thể. Cuối cùng tới cư trú ở tổ chức cơ.

Người hoặc vật vừa là vật chủ chính, vừa là vật chủ phụ của giun xoắn. Khi vật chủ khác ăn phải thịt có nang ấu trùng còn sống, vào đến ruột, nang ấu trùng bị vỡ ra do tác dụng của dịch tiêu hóa, ấu trùng thoát ra

khởi nang, chui vào niêm mạc ruột, phát triển thành giun trưởng thành, tiếp tục sinh sản.

6. Biểu hiện lâm sàng

6.1. Bệnh do giun xoắn trưởng thành

Tương ứng với giai đoạn khởi phát của bệnh, là lúc giun đẻ, giun cái giao phối và ký sinh ở thành ruột, có thể gây những triệu chứng đau bụng, đi lỏng, buồn nôn, nôn, sốt, giống như bị ngộ độc thức ăn. Biểu hiện lâm sàng giai đoạn này nặng hay nhẹ tùy thuộc vào số lượng ấu trùng bị nhiễm nhiều hay ít.

6.2. Bệnh do ấu trùng giun xoắn

Tương ứng với giai đoạn toàn phát của bệnh, là lúc ấu trùng vào máu chu du khắp cơ thể, tới cư trú ở các cơ vân. Triệu chứng lâm sàng thời kỳ này rõ rệt, đa dạng, xuất hiện các hội chứng:

- Hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc: sốt cao liên tục, kéo dài, trạng thái lơ mơ... dễ nhầm với thương hàn. Xét nghiệm máu thấy số lượng bạch cầu tăng tới 20.000/mm³ máu hoặc hơn.
- Hội chứng dị ứng quá mẫn nặng: phù nề mí mắt, mặt, các chi, hoặc toàn thân. Có thể phát ban, nổi mề đay. Bạch cầu ái toan tăng cao 40-80%, tăng kéo dài hàng tháng.
- Triệu chứng đau cơ: khi sốt giảm dần, bệnh nhân có cảm giác đau cơ, hạn chế vận động các cơ, xương, khớp, thở khó, nhai khó...

Nếu nặng có thể thấy viêm cơ tim, viêm phổi, viêm màng não, não, viêm xuất huyết võng mạc... do ấu trùng từ máu xâm nhập vào các cơ quan đó, nên chúng sẽ bị chết, chỉ có thể ký sinh ở các tổ chức cơ vân mà thôi.

Nếu thoát khỏi thời kỳ nguy kịch, bệnh nhân có thể hồi phục dần sau khi nhiễm bệnh 1-3 tháng. Bệnh nhân có thể chết do nhiễm trùng nhiễm độc nặng. Do dị ứng quá mẫn, hoặc do liệt các cơ hô hấp.

7. Chẩn đoán

- Thời kỳ giun trưởng thành ký sinh ở ruột: chẩn đoán rất khó, rất hiếm khi tìm thấy giun trưởng thành trong phân hoặc dịch tá tràng.
- Thời kỳ ấu trùng di chuyển trong máu: chẩn đoán cũng rất khó, rất hiếm khi tìm thấy ấu trùng giun xoắn trong máu, trong dịch não tủy...
- Thời kỳ ấu trùng hình thành nang trong tổ chức cơ:



+ Có thể chẩn đoán quyết định: dựa vào kết quả sinh thiết cơ, thường hay sinh thiết cơ đùi, cẳng chân.

+ Kết hợp với chẩn đoán dịch tễ học: xác định vùng lưu hành bệnh giun xoắn, xác định dịch bệnh có liên quan đến bữa ăn, có thể xét nghiệm các thức ăn thừa sau bữa ăn.

+ Các phản ứng miễn dịch học cũng có thể cho kết quả chẩn đoán tương đối chính xác : làm phản ứng ELISA xác định và đo hiệu giá kháng thể đặc hiệu.

8. Điều trị

8.1. Điều trị triệu chứng

Điều trị triệu chứng được ưu tiên hàng đầu, vì bệnh nhân thường chết do nhiễm trùng, nhiễm độc, dị ứng quá mẫn, đau, liệt cơ hô hấp...

Vì vậy mục đích của điều trị là: chống dị ứng bằng corticoid liệu pháp, giảm đau, an thần.

8.2. Điều trị đặc hiệu

Thiabendazol: 25mg/kg x 2 lần/ngày x 5-7 ngày.

Đây là thuốc có tác dụng tốt trên động vật thực nghiệm.

Nhưng khi dùng cho người bệnh cần rất thận trọng, vì thuốc có tác dụng diệt ấu trùng mạnh, gây dị ứng mạnh hơn.

Phải dùng thuốc sớm, khi ký sinh trùng mới xâm nhập vào cơ thể vật chủ.

Hoặc albendazol

8.3. Phòng bệnh

Kiểm soát thịt thú nuôi cũng như thú rừng khi mổ thịt bởi cơ quan thú y. Không ăn các món ăn sống dưới mọi hình thức như: nem, cháo, lạp sườn sống, thịt hun khói...

BỆNH DO SÁN LÁ GAN LỚN

Sán lá gan lớn *Fasciola* có hai loài *Fasciola hepatica* v *Fasciola gigantica* gây bệnh chủ yếu ở động vật ăn cỏ như trâu, bò...và gây bệnh ở người.

1. Đặc điểm hình thể

Sán lá gan lớn trưởng thành hình thể chiếc lá, thân dẹt và bờ mỏng, có kích thước 20 – 30 mm x 5 – 12mm, trứng sán lá gan lớn có kích thước trung bình 140 x 80mm .

2. Đặc điểm sinh học

Sán trưởng thành đẻ trứng, trứng theo đường mật xuống ruột và ra ngoài theo phân. Trứng xuống nước, trứng sán lá gan lớn nở ra ấu trùng lông (*miracidium*), nhiệt độ thích hợp để trứng phát triển thành *miracidium* là 15 – 25 độ C và mất 9 – 21 ngày.

Tuổi thọ của sán lá gan lớn ở người từ 9 – 13,5 năm.

Vị trí ký sinh: sán lá gan lớn chủ yếu ký sinh ở gan nhưng hay ký sinh lạc chỗ như: ở đường tiêu hoá, dưới da, ở tim, mạch máu phổi và màng phổi, ở mắt, ở hạch cổ, ở cơ xương, ở mào tinh hoàn.

3. Vai trò gây bệnh

Khi bị nhiễm sán lá gan lớn, người có tình trạng bệnh lý phụ thuộc số lượng sán nhiễm, vị trí ký sinh và phản ứng của bệnh nhân.

Khi nang ấu trùng (*metacercaria*) xuyên qua thành ruột hoặc tá tràng gây xuất huyết và viêm, các tổn thương có thể gây triệu chứng không rõ rệt.

Sán chui vào cơ chú ở tổ chức gam gây nên những thay đổi bệnh lý. Quá trình ký sinh trùng gây tiêu huỷ các tổ chức gan lan rộng với các tổn thương chảy máu và phản ứng viêm, phản ứng miễn dịch.

Biểu hiện triệu chứng bệnh lý khi sán ký sinh ở gan như : đau hạ sườn phải, sốt, sụt cân, ậm ạch khó tiêu, rối loạn tiêu hoá, đau thượng vị, sẩn ngứa.

Sán lạc chỗ như sán di chuyển ra ngoài gan (chui qua khớp gối, dưới da ngực, áp xe đại tràng, áp xe bụng chân...).

Đặc biệt các dấu hiệu cận lâm sàng quan trọng như: ELISA (+) với kháng nguyên *Fasciola gigantica*, siêu âm gan có tổn thương âm hỗn hợp, hoặc tổn thương giả u hay áp xe gan trên chụp cắt lớp vi tính, bạch cầu ái toan tăng cao, một số tìm thấy trứng sán lá gan lớn trong phân.

4. Chẩn đoán

+ Các biểu hiện lâm sàng thường gặp là sốt, đau bụng gan – mật, biểu hiện triệu chứng viêm đường mật, viêm gan thể u và có liên quan đến tiền sử ăn sống rau thủy sinh (cải soong và các cải khác).

+ Chẩn đoán xác định đối với sán lá gan lớn là xét nghiệm phân và phản ứng miễn dịch (kỹ thuật miễn dịch sử dụng cho tất cả các giai đoạn của bệnh nhưng tốt nhất là giai đoạn cấp). Ngoài ra có thể sử dụng một số chẩn đoán hỗ trợ như X quang, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CT scanner), chụp cộng hưởng từ (MRI), xét nghiệm công thức máu (tăng bạch cầu ái toan).

Xét nghiệm phân tìm trứng sán lá gan là phương pháp chẩn đoán chính nhưng cần lưu ý mấy vấn đề sau:

– Sán không trưởng thành (nói chung người không phải là vật chủ thích hợp) nên lúc này sán không đẻ và không tìm thấy trứng trong phân.

– Giai đoạn cấp: giai đoạn mới nhiễm, các triệu chứng lâm sàng rõ nhưng chưa đủ thời gian để sán đẻ trứng nên xét nghiệm phân chưa thấy trứng, thường phải sau 3-4 tháng kể từ khi ăn phải ấu trùng.

– Trứng đào thải thất thường : ở người sán lá gan lớn đẻ trứng và đào thải thất thường chưa biết rõ cơ chế. Song trứng có thể rất ít hoặc có khi không thấy trong một số mẫu phân theo các thời điểm khác nhau.

– Sán lá gan lạc chỗ sẽ không bao giờ có trứng trong phân.

5. Điều trị

Nhiều loại thuốc có tác dụng điều trị sán lá gan lớn ở người như :

+ Emetin, dehydroemetin: liều 1mg/kg x 10 – 14 ngày.

+ Bithionol: liều 30 – 50 mg/kg/ngày x 5 ngày hoặc 50 -80mg/kg chia 3 lần uống trong 7 ngày liên tục.

+ Niclorofan +: 2mg/kg/ngày chia 2 lần x3 ngày hoặc 0,5mg/kg x 2 lần/ngày x 3 ngày.

+ Mebendazol: 1,5g/ngày uống 13 – 28 ngày ít tác dụng với thể mạn tính, có thể uống mebendazol 50mg/kg x 7 ngày.

+ Praziquantel: không tác dụng với Fasciola.

+ Triclabendazol: có tác dụng rất tốt với sán lá gan lớn cả cấp và mạn. Triclabendazol điều trị có kết quả cao và an toàn với liều duy nhất 10 –20mg/kg, chia 2 lần cách nhau 6 – 8 h sau bữa ăn. Có thể dùng liều duy nhất triclabendazol 10mg/kg hoặc 2 liều 10mg/kg/ngày khỏi 100% .

6. Phòng chống

Nguyên tắc phòng chống sán lá gan lớn là cắt đứt các mắt xích trong vòng đời của sán. Nhưng biện pháp hữu hiệu nhất là phối hợp giáo dục truyền thông “không ăn sống rau thủy sinh” kết hợp với phát hiện điều trị bệnh nhân đặc hiệu.

BỆNH DO SÁN DÂY LỢN

Bệnh sán dây lợn phổ biến ở khắp nơi trên thế giới, nhất là những nơi có tập tục ăn thịt lợn sống, hoặc chưa nấu chín, quản lý và xử lý phân chưa tốt, chưa có chế độ kiểm tra an toàn thực phẩm chặt chẽ.

Có khoảng 10% bệnh nhân sán dây lợn nhiễm từ 2 sán trở lên. Ở Việt Nam, bệnh sán dây lợn khá phổ biến.

1. Đặc điểm hình thể

1.1. Sán trưởng thành

Sán dây lợn dài từ 2 – 3 m (có thể dài 8m), đốt có mảnh dài 5 – 10mm. Lỗ sinh mổ ra bên cạnh đốt, khi ở bên trái xen kẽ tương đối đều. Đốt già tử cung chia nhánh ngang chứa đầy trứng.

1.2. Trứng

Có hình cầu, kích thước 31 – 56 mm, có ấu trùng bên trong, có 3 đôi móc. Lớp ngoài của vỏ trứng rất mỏng và khi ra bên ngoài dễ vỡ.

Một đốt sán có tới 55.000 trứng. Những đốt già ở cuối thân thường rụng thành từng đoạn 5 – 6 đốt liên nhau theo phân ra ngoài.

1.3. Nang ấu trùng sán dây lợn

Nang có màu trắng đục, kích thước từ 17 – 20 x 7 – 10mm, chứa nước và có một đầu sán cùng với đốt cổ lợn vào bên trong, đầu có 4 giác và 2 vòng móc.

2. Lâm sàng

2.1. Bệnh sán trưởng thành

Người mắc sán trưởng thành không có triệu chứng gì đặc biệt, nhưng tùy sự phản ứng của cơ thể: có thể thấy đầy hơi, khó tiêu, buồn nôn, đau vùng



thương vị, tiêu chảy từng đợt, có thể chán ăn, hoặc ngược lại có khi đói cồn cào, ăn nhiều, sụt cân.

Những triệu chứng thường biểu hiện rõ khi sán ở giai đoạn đang trưởng thành. Khi bắt đầu xuất hiện rụng các đốt sán già theo phân thì biểu hiện lâm sàng giảm đi.

2.2. Bệnh ấu trùng sán dây lợn (cysticercosis)

- Nang ấu trùng sán dây lợn (cysticercosis) có thể thấy bất cứ nơi nào trong cơ thể vật chủ. Tùy theo số lượng nang và vị trí của nang mà có những biểu hiện lâm sàng nặng nhẹ khác nhau hoặc có thể gây tử vong. Thường thấy có nang ấu trùng ký sinh ở mô dưới da, não, mắt, cơ bắp, tim, gan, phổi, các hốc trong bụng...

- Nang ấu trùng ở dưới da: tạo thành các nốt, có thể sờ thấy được, di động, đôi khi có thể gây ngứa. Chẩn đoán xác định bằng sinh thiết và xét nghiệm giải phẫu bệnh học.

- Nang ấu trùng ở mô cơ: ít khi được chẩn đoán nếu bị nhiễm nhiều nang, có thể đau cơ: sau nhiều năm nang ấu trùng sẽ bị vôi hoá, lúc này có thể phát hiện bằng X quang: thấy vết mờ dọc theo các sợi cơ.

- Nang ấu trùng ở não: gây nên nhiều triệu chứng lâm sàng đa dạng không đặc hiệu tùy theo vị trí, số lượng của nang ấu trùng trong não biểu hiện như một u nang trong não. Những triệu chứng lâm sàng thường gặp:

- + Tăng áp lực trong sọ, biểu hiện những cơn động kinh.
- + Suy nhược trí năng, rối loạn tâm thần.
- + Bệnh nhân có thể liệt tùy vị trí của nang ấu trùng chèn ép.
- + Bạch cầu ái toan trong dịch não tủy tăng.

- Nang ấu trùng trong mắt: nang ấu trùng có thể nằm trong hốc mắt, trong mí mắt, trong kết mạc, thủy tinh thể, tiền phòng.... Những rối loạn thị giác cũng rất đa dạng, tùy theo vị trí của ấu trùng trong mắt, có thể giảm thị lực, mù...

- Nang ấu trùng ở cơ tim: có thể làm tim đập nhanh, tiếng tim biến đổi, bệnh nhân khó thở, ngất xỉu.

3. Chẩn đoán

- Bệnh sán trưởng thành:

Tìm đốt sán hoặc các đoạn gồm 5 – 6 đốt sán trong phân. Rất hiếm khi thấy các trứng sán dây lợn trong phân, chỉ thấy khi các đốt sán bị vỡ vì một lý do nào đó.

- Bệnh ấu trùng sán dây lợn (cysticercosis):
 - + Dựa vào lâm sàng: các dấu hiệu động kinh, giảm thị lực, mù, các nốt nang ấu trùng sán ở dưới da, kết hợp với bạch cầu ái toan tăng cao.
 - + Sinh thiết chỗ nghi nang sán, chụp X quang, chụp hình não thất hoặc soi đáy mắt (ophtalmoscopy), chụp cắt lớp (CT scanner), chụp cộng hưởng từ (MRI).
 - + Các phương pháp miễn dịch học (phản ứng ELISA) : cũng có giá trị chẩn đoán tuy nhiên thường có phản ứng chéo với các sán dây khác.

4. Điều trị

4.1. Điều trị bệnh sán trưởng thành

Cần dùng thuốc chống nôn trước khi điều trị, trước khi uống thuốc tẩy.

- Hạt bí, hạt cau:
 - + Hạt bí đỏ: bóc vỏ già nhỏ, liều lượng 100 – 200g.
 - + Hạt cau: dùng hạt cau sống độ 50 – 100g (tùy theo độ tuổi, thể trọng). Trẻ em < 10 tuổi dùng 30g hoặc ít hơn. Đổ vào 500ml nước lã, đun cạn còn 150 – 200ml. Nên nhỏ thêm getalin 2,5% hoặc dùng 5 lòng trắng trứng thay cho gelatin để đỡ chất, đỡ kích thích dạ dày.

Cách uống: uống hạt bí trước, 2giờ sau uống nước sắc hạt cau, 30 phút sau uống thuốc tẩy 60ml magiê sulfat 50%. Chú ý: khi áp dụng phương pháp này cần tôn trọng đúng thứ tự của thời gian, thuốc sử dụng như vậy mới đảm bảo kết quả tốt. Phương pháp này đạt hiệu quả từ 90 – 100% ra cả đầu sán.

- + Quinacrin (atebrin):

Người lớn uống từ 0,9g – 1,2g chia liều nhỏ. Một ngày trước khi uống cần dùng thuốc nhuận tràng để làm giảm bớt chất nhầy bám ở thân sán, để thuốc dễ ngấm vào thân sán hơn. Sau khi uống thuốc 1giờ phải dùng thuốc tẩy, nếu dùng thuốc tẩy chậm hơn quinacrin sẽ ngấm vào máu gây độc.

- + Niclosamid (yomeasan, tresdemine):

Một liều 4 – 6 viên 0,5 g. Buổi sáng nhai từng viên một, nhai thật kỹ (nhai 10 phút) uống với một ít nước. Thuốc không độc, hiệu quả cao.

Cần tích cực phát hiện và điều trị bệnh sán dây lợn trưởng thành là biện pháp tích cực nhất để phòng nhiễm bệnh ấu trùng sán dây lợn.

4.2. Điều trị bệnh ấu trùng sán dây lợn

Hiện nay điều trị bệnh ấu trùng sán dây lợn vẫn là vấn đề nan giải. Đã có một số thuốc có tác dụng diệt ấu trùng sán dây lợn như praziquantel,

methifolat, DEC....Nhưng hiện nay vẫn chưa hiểu hết được cơ chế tác dụng của thuốc, cũng như phản ứng của cơ thể nói chung, đặc biệt của não.

Nhiều trường hợp sau khi điều trị bệnh ấu trùng sán dây lợn bệnh nhân lại bị mù hoặc tử vong.

Kết quả giải phẫu bệnh lý cho thấy những nang ấu trùng sán dây lợn ở não, sau khi điều trị nang ấu trùng gây tổn thương ở vùng thị giác, gây mù không hồi phục được hoặc có thể dẫn tới phù não gây tử vong.

Điều trị bệnh ấu trùng sán dây lợn nhất thiết phải thực hiện tại bệnh viện có sự giám sát chặt chẽ của các bác sĩ chuyên khoa và phải sử dụng corticoid liệu pháp để tránh phản ứng của cơ thể.

– Phác đồ 1: albendazod 15mg/kg/24h chia 2 lần trong ngày phối hợp với prednisolon 20mg/24h. điều trị trong 30 ngày.

– Phác đồ 2: albendazol 15mg/kg/24h chia 2 lần trong ngày không phối hợp với prednisolon 20mg/24h điều trị trong 30 ngày.

– Phác đồ 3: albendazol 20mg/kg/24h chia 2 lần trong ngày phối hợp với prednisolon 20mg/24h điều trị trong 20 ngày.

– Kết quả điều trị bệnh nhân được theo dõi trên diễn biến lâm sàng, các xét nghiệm cơ bản và trên CTscanner hoặc MRI sọ não cho thấy : tác dụng thuyên giảm các triệu chứng lâm sàng của 3 phác đồ trên như nhau.

– Chỉ định điều trị ngoại khoa bệnh ấu trùng sán dây lợn: có thể phẫu thuật lấy bỏ nang ấu trùng sán dây lợn ở mắt, ở tổ chức dưới da, cơ, có nguy cơ chèn ép thần kinh...

4.3. Các biện pháp phòng bệnh

+ Tích cực phát hiện và điều trị người có bệnh

+ Vệ sinh cá nhân và vệ sinh công cộng, không phóng uế bừa bãi, sử dụng hố xí đúng quy định; không nuôi lợn thả rông, không cho lợn ăn phân người.

+ Kiểm soát thịt lợn: tại các lò mổ lợn, hoặc gia đình mổ lợn phải kiểm tra phát hiện “gạo lợn”. Dùng dao sắc cắt ngang thịt lợn ở phần mông, hay lưng con lợn, nếu có “gạo lợn” sẽ phòi ra mặt cắt.

+ Vệ sinh ăn, uống: không ăn thịt lợn còn sống (như nem chua...). Nếu muốn dùng thịt lợn sống thì phải ướp thịt ở âm 10 độ C trong 4 ngày.

LY AMÍP

I. ĐỊNH NGHĨA

Ly amíp là tình trạng nhiễm trùng ở đại tràng do *Entamoeba histolytica*. Hầu hết ở dạng mang mầm bệnh không triệu chứng, một số biểu hiện ở dạng tiêu chảy nhẹ kéo dài, hoặc trầm trọng hơn là ly tối cấp. Biểu hiện lâm sàng ngoài ruột là ở gan, màng bụng, màng phổi, màng ngoài tim.

II. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

Trong cơ thể, *Entamoeba histolytica* tồn tại dưới 3 dạng :

- Thể hoạt động ăn hồng cầu: lớn, đường kính 30-40 μ m, sống trong vách đại tràng, tăng trưởng tốt dưới điều kiện kỵ khí, có thêm các vi khuẩn khác, tìm thấy trong phân bệnh nhân ly cấp tính. Soi tươi thấy amíp di động nhanh theo chiều nhất định.
- Thể không ăn hồng cầu: tìm thấy trong phân, ngoài giai đoạn cấp tính, kích thước 15-25 μ m, nhân giống như nhân của thể ăn hồng cầu: ngoại nguyên sinh chất không phân biệt rõ với nội nguyên sinh chất và không chứa hồng cầu.
- Thể bào nang:
 - + Không di động, nhỏ, kích thước 10-14 μ m, gặp trong phân của người mang trùng không triệu chứng hay bệnh nhẹ. Bào nang sống rất lâu đó là thể chịu đựng của amíp trong những điều kiện không thuận lợi. Ở nơi khô ánh nắng mặt trời, bào nang sống được vài ngày. Ở 50°C sống được 5 phút. Ở chỗ ẩm thấp trong bóng mát, trong nước bào nang có thể sống 1-4 tuần.

III. DỊCH TỄ HỌC

1. Tuổi mắc bệnh

Nhiều nhất 20 -30 tuổi. Trẻ dưới 5 tuổi ít mắc bệnh.

2. Phương thức lây bệnh

- Lây gián tiếp: qua thức ăn, nước uống, nước rửa rau quả, thú vật mang mầm bệnh (chó, mèo), côn trùng trung gian, trong đó ruồi là một trung gian truyền bệnh nguy hiểm.
- Lây trực tiếp: thường do tay bẩn, bào nang dính dưới móng tay, từ đó được đưa vào miệng qua thức ăn.



IV. LÂM SÀNG

1. Cấp tính

Triệu chứng thường gặp là hội chứng lý: đau bụng, mót rặn, tiêu phân nhầy máu.

- Đau bụng thường ở manh tràng (hố chậu phải, dễ lầm với viêm ruột thừa) dọc theo khung đại tràng (dễ lầm với loét dạ dày) và nhất là hố chậu trái do tổn thương đại tràng sigma.

- Mót rặn: đau rát hậu môn kèm cảm giác đòi hỏi đại tiện một cách bức thiết.

- Tiêu phân nhầy máu, đôi khi xen kẽ với tiêu lỏng, số lượng không nhiều, nhưng đi đại tiện nhiều lần trong ngày.

* *Thể nhẹ*: toàn trạng tốt, tiêu đờm máu ngày vài lần, phân có ít dưỡng bào.

* *Thể trung bình*: mệt nhọc, tiêu đờm máu 5 -15 lần, phân có nhiều dưỡng bào, niêm mạc có nhiều vết loét điển hình.

* *Thể nặng*: toàn trạng suy nhược, mất nước, rối loạn điện giải, có thể truy tìm mạch, bụng chướng, mót rặn, đi ngoài phân nhầy máu 15 lần/ngày. Niêm mạc trực tràng tổn thương nặng, đầy vết loét xuất huyết.

2. Bán cấp

Ít khi mót rặn, đau bụng ít, tiêu chảy phân lỏng, ít nhầy, đôi khi có táo bón, có thể diễn biến thành thể cấp.

3. Mạn tính

Sau một giai đoạn cấp tính hay bán cấp, bệnh trở thành mạn tính với nhiều đợt bệnh cách nhau. Không còn amíp ăn hồng cầu trong ruột, thậm chí không còn amíp. Vách ruột xơ chai, đầu tận cùng hệ thần kinh thực vật bị phá huỷ, chức năng đại tràng không còn bình thường nữa. Triệu chứng lâm sàng như viêm đại tràng mạn.

Đau bụng liên tục hay từng cơn, có thể không khu trú hay tập trung ở khung đại tràng, manh tràng.

Rối loạn tiêu hóa: thường là tiêu chảy, đầy hơi, ăn không tiêu đối với một số thức ăn như sữa, chất bột. Bệnh nhân suy nhược, biếng ăn, sụt cân.

4. U amíp

Thường thấy ở manh tràng, đại tràng ngang, trực tràng, đại tràng sigma, có thể gây lồng ruột.

Chẩn đoán khó, dễ lầm với các khối u thực sự của đại tràng. Điều trị đặc hiệu chống amíp có thể cho kết quả tốt. Ngoài các biểu hiện tại ruột, amíp còn có thể xâm nhập vào gan qua tĩnh mạch cửa gây áp xe gan, thường ở thùy phải hơn là thùy trái. Ngoài ra, nhiễm trùng có thể lan đến phổi, màng ngoài tim hoặc di căn đến các vị trí xa hơn như hệ thần kinh trung ương.

V. BIẾN CHỨNG

1. Thủng ruột

Thủng ruột dẫn đến viêm phúc mạc là biến chứng gây tử vong thường gặp nhất. Ở các thể trung bình hay thể nặng, niêm mạc và lớp dưới niêm mạc đại tràng bị phá hủy nặng nề gây thủng ruột. Bệnh nhân đau bụng dữ dội, sốt cao, co cứng thành bụng. Cần xử trí ngoại khoa khẩn cấp.

2. Xuất huyết tiêu hóa

Do tổn thương mạch máu, đôi khi trầm trọng, cần truyền máu ngay và dùng thuốc diệt amíp.

3. Lổ ruột

Thường gặp nhất ở vùng manh tràng.

Viêm loét đại tràng sau ly: không tìm thấy amíp trong ruột nhưng phản ứng huyết thanh (+) với hiệu giá cao.

4. Viêm ruột thừa do amíp

Các biến chứng hiếm: nhiễm trùng tiền liệt tuyến, nhiễm trùng âm đạo, áp xe não, áp xe lách.

VI. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Khai thác bệnh sử và tiền sử cẩn thận, lưu ý

Tiền sử đau bụng, đi ngoài phân nhầy máu.

Di chuyển đến vùng có bệnh ly amíp lưu hành.

Có tiếp xúc với người đi ngoài phân nhầy máu, đau bụng hoặc có nhiều người cùng mắc bệnh tương tự ở chung một tập thể hoặc quanh vùng cư ngụ.

1.2. Xét nghiệm phân tìm amíp

Dưỡng bào amíp có thể tìm thấy trong phân tươi ngay sau khi đi ngoài, thường ở phần nhầy máu dưới dạng hoạt động ăn hồng cầu. Nếu không tìm thấy, cần làm lại xét nghiệm nhiều lần.

Có thể tìm amíp trong mủ, chất tiết khi soi trực tràng, đại tràng sigma. Kết quả thu được:

- + Amíp ăn hồng cầu (*E. histolytica histolytica*) bệnh cấp.
- + Amíp không ăn hồng cầu: (*E. histolytica minuta*), thể bào nang, người lành mang mầm bệnh, người bệnh đã điều trị không đến nơi đến chốn.

1.3. Nội soi: cần thực hiện khi khảo sát phân âm tính. Soi trực tràng và đại tràng sigma sẽ thấy niêm mạc viêm, rải rác ổ những ổ loét hình miệng núi lửa phủ một lớp nhầy có chứa amíp ăn hồng cầu. Nếu gặp u amíp khó phân biệt với ung thư, có thể làm sinh thiết khảo sát giải phẫu bệnh.

1.4. X quang đại tràng: phát hiện thủng ruột, lồng ruột, hẹp lòng ruột già, u amíp.

1.5. Huyết thanh chẩn đoán: nhạy cảm nhất là phản ứng ngưng kết gián tiếp cho tỷ lệ âm tính > 80% trên bệnh nhân lỵ amíp và 96 - 100% trên bệnh nhân nhiễm amíp ngoài ruột. Phản ứng huyết thanh âm tính ở người mang bào nang không triệu chứng. Điều này chứng tỏ mô bị xâm nhập cần thiết cho việc tạo kháng thể. Ở vùng nhiễm amíp phổ biến, hiệu giá kháng thể cao ít có giá trị vì kháng thể cao trong nhiều năm tiếp theo sau giai đoạn nhiễm trùng cấp.

2. Chẩn đoán phân biệt

2.1. Lỵ trực khuẩn

	Lỵ amíp	Lỵ trực khuẩn
Dịch tế học	Lẻ tẻ, ít người mắc cùng lúc	Lan rộng có thể thành dịch lớn
Tiến triển	Mạn tính	Cấp tính
Lâm sàng	- Không sốt (trừ ở trẻ em có biến chứng gan) - Phân nhầy máu 5 - 15 lần/ngày - ít khi mất nước nặng	- Sốt cao - Nhiều lần hơn - Mất nước nặng, nhiễm trùng nặng.
Biến chứng	Dễ xảy ra	Không có
Cận lâm sàng	Soi trực tiếp phân tươi	Cấy phân Shigella (+)

2.2. Ung thư đại tràng: khó phân biệt với u amíp. Cần nội soi, sinh thiết, giải phẫu bệnh, điều trị thủ với thuốc chống amíp.

2.3. Viêm loét đại tràng: không đáp ứng với thuốc chống amíp.

2.4. Áp xe gan do cần phân biệt áp xe gan do vi khuẩn, đôi khi khó nếu áp xe amíp bị bội nhiễm thêm vi khuẩn.

VII. ĐIỀU TRỊ

1. Các loại thuốc

1.1. Thuốc diệt amíp

– Emetin: Alkaloid chiết suất từ cây Ipecac. Liều tối đa dùng cho mỗi đợt điều trị là 1cg/kg. Do thuốc thải trừ chậm nên cần tồn trọng khoảng thời gian giữa hai đợt điều trị là 45 ngày.

+ Tác dụng độc: gây buồn nôn, nôn, tiêu chảy, hạ huyết áp, đau vùng trước tim, bất thường điện tâm đồ (T đảo ngược, PR dài, QRS giãn rộng, thất nhịp); đôi khi có viêm dây thần kinh cảm giác, vận động.

Vì vậy, khi dùng emetin cần cho bệnh nhân nhập viện nghỉ ngơi, theo dõi các tác dụng bất lợi. Nếu xuất hiện các dấu hiệu tổn thương cơ tim phải ngừng thuốc ngay.

– Déhydro - emetin: ít độc, thải trừ nhanh hơn emetin. Khoảng cách giữa hai đợt điều trị là 15 ngày.

– Metronidazol tương đương tác dụng của déhydro - emetin, tập trung với nồng độ cao trong mô gan dùng điều trị hữu hiệu áp xe gan do amíp. Thuốc xâm nhập qua hàng rào máu não tốt nên là thuốc chọn lựa để điều trị các trường hợp có tổn thương thần kinh trung ương. Một số thuốc cùng họ với metronidazol như secnidazol, nimorazol, tinidazol, ornidazol, đều có hiệu lực tương đương.

Tác dụng phụ: nôn, ù tai, phát ban. Trên súc vật thí nghiệm metronidazol có thể gây ung thư, dị dạng bào thai. Trên người chưa có bằng chứng cụ thể nhưng cần thận trọng khi dùng metronidazol cho phụ nữ có thai.

– Một số thuốc khác: amino 4 quinolein (chloroquine phosphate), amodiaquin (flavoquin).

1.2. Thuốc diệt amíp trực tiếp trong lòng đại tràng

– Diloxanide furoate: hiệu quả tốt 80 - 85% các trường hợp, dung nạp tốt.

– Các axylquinolein:

+ Diiodohydroquinolein (Direxiode).

+ Diiodohydroquin (Iodoquinol : hiệu quả 60 -70%).

+ Chloroiodoquin (Enterovioforme).



- Metronidazol.
- Dehydroémétin.
- Thuốc khác: paromomycin, tetracyclin (ngăn chặn tập khuẩn ruột kết hợp nên tác dụng gián tiếp trên amíp), dẫn chất arsenic như Difetarson, stovarsol hiện ít dùng.

2. Chỉ định điều trị

2.1. Nhiễm trùng tại ruột

a. Bào nang trong phân (ít hoặc không triệu chứng).

Diloxanide furoate (Furamide): 500mg x 3 lần/ngày x 10 ngày. Hoặc:

Iodoquinol: 650mg x 3 lần/ngày x 20 ngày. Hoặc:

Paromomycin 8 - 12 mg/kg x 3 lần/ngày x 7 ngày.

b. Dưỡng bào trong phân:

- Bước 1: thể nhẹ - trung bình.
 - + Metronidazol (Flagyl): 750mg x 3 lần/ngày x 5 - 10 ngày. Kết hợp với: iodoquinol (liều như trên).
 - + Hoặc: diloxanide furoate (liều như trên).
 - + Hoặc: tetracyclin 500mg x 4 lần/ngày x 5 ngày.
- Bước 2: thể nặng:
 - + Điều trị như trên + kết hợp với:
 - Dehydroetin 1mg/kg/ngày x 10 ngày (tĩnh mạch, ≤ 90 mg/ngày).
 - Hoặc emetin 1mg/ kg/ ngày x 10 ngày (≤ 60 mg/ngày).

2.2. Nhiễm trùng ngoài ruột

Metronidazol: liều như trên. Kết hợp với iodoquinol.

- Hoặc: chloroquin phosphat 1g /ngày x 2 ngày, sau đó: 500mg/ ngày x 4 tuần.
- Dehydroemetin: như trên x 10 ngày, hoặc emetin như trên x 10 ngày.

VIII. PHÒNG BỆNH

1. Phòng bệnh chung

- Điều trị người lành mang bào nang, đặc biệt ở nơi sống tập thể và người phục vụ ăn uống, cấp dưỡng, nuôi dạy trẻ.



- Vệ sinh phân, rác, quản lý việc dùng phân trong nông nghiệp.
- Xử lý tốt nước thải và nước uống. Clor và iod ở nồng độ uống được thì không đủ diệt amíp, cần phối hợp lọc và uống nước chín.

2. Cá thể

Rửa tay sạch trước khi ăn, ăn chín, uống sôi, rửa sạch rau sống, thức ăn cần đầy kỹ tránh ruồi.

Phòng bệnh cá thể bằng thuốc diệt amíp tuy có được đề cập đến nhưng không áp dụng vì khi dùng dài hạn có thể sinh tai biến và tác dụng không bảo đảm.

BỆNH SỐT RÉT

I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh sốt rét (Malaria) là bệnh lây qua đường máu, do ký sinh trùng đơn bào họ Plasmodium gây ra. Bệnh lây truyền chủ yếu do muỗi Anopheles cái đốt người bệnh rồi truyền cho người lành. Bệnh được biểu hiện bằng những cơn sốt rét run, thiếu máu do tán huyết, lách to. Thể nặng gây tổn thương hoặc các nội tạng có thể gây tử vong. Cho đến nay sốt rét vẫn là vấn đề cần quan tâm hàng đầu trong y tế cộng đồng ở nước ta.

II. DỊCH TỄ HỌC

1. Tác nhân gây bệnh

Các ký sinh trùng sốt rét gặp ở Việt Nam: P.falciparum: 80-85%. P.Vivax 10-15%. P.Malariae 1-2 %. Mới phát hiện vài ca P.Ovalae.

Ký sinh trùng phát triển qua hai giai đoạn: giai đoạn vô tính ở người và giai đoạn hữu tính ở muỗi Anopheles cái.

2. Phương thức lây truyền

- Qua muỗi Anopheles cái đốt là chính.
- Qua truyền máu của người mang ký sinh trùng.
- Mẹ bị bệnh rồi truyền cho con qua nhau thai.



III. LÂM SÀNG

1. Sốt rét tiên phát

Xảy ra ở người bị sốt rét lần đầu.

1.1. Ủ bệnh

Dài hay ngắn tùy thuộc vào nhiễm nhiều hay ít ký sinh trùng, chủng loại ký sinh trùng, cơ địa của bệnh nhân,... song trung bình: P.falci: 8-19 ngày; P.Vivax 5-30 ngày; P.Malariac: 12-45 ngày; P.Ovalac 6-12 ngày.

1.2. Khởi phát

- Thể mở đầu, giống như cảm cúm với sốt cao, nhức đầu, đau mỏi toàn thân, chán ăn, nước tiểu sẫm.
- Thể giả thương hàn: sốt, chướng bụng, rối loạn tiêu hoá, ỉa chảy, nôn, li bì.
- Cũng có trường hợp mở đầu bằng cơn sốt rét run hoặc cơn sốt phát liên tiếp.
- Ở trẻ em: rất khó phát hiện, thường chỉ có sốt liên tục, nôn, ỉa chảy, hay bị mê sảng và sứt cân nhanh.
- Ở phụ nữ có thai kèm với sốt thường hay bị sẩy thai.

Khám thực thể ở giai đoạn này thường không có thiếu máu, không có lách to nên chẩn đoán khó trừ khi nghĩ tới bệnh sốt rét và cho tìm ký sinh trùng sốt rét (+).

2. Sốt rét cơn (sốt rét hậu phát, sốt rét trường diễn)

Xảy ra ở vùng lưu hành bệnh sốt rét.

2.1. Biểu hiện cơn sốt điển hình qua 3 giai đoạn

- Giai đoạn rét run: mở đầu bệnh nhân thấy gai rét, ớn lạnh dọc sống lưng, khó chịu, rung chân tay sau đó rét run cầm cập hai hàm răng đánh vào nhau, rét run làm rung chuyển cả giường, đắp nhiều chăn vẫn rét. Đôi khi kèm theo nôn, mạch nhanh. Giai đoạn này kéo dài 1-2 giờ.
- Giai đoạn sốt nóng: nhiệt độ tăng vọt lên 39- 40°C. Mặt bệnh nhân thường đỏ, mắt đỏ. Sốt liên tục trong 3-4 giờ, nhức đầu.
- Giai đoạn vã mồ hôi: bệnh nhân vã mồ hôi đầm đìa, ướt hết quần áo, kéo dài 1-3 giờ sau đó bệnh nhân hết sốt, dễ chịu và lại hoạt động bình thường. Bệnh nhân khát nước nhiều.

Thông thường sốt do P. Falciparum sốt mỗi ngày một cơn, do P. vivax sốt cách nhật còn do P. Malariae sốt cách 3 ngày một cơn.

Thời gian bị các cơn sốt phụ thuộc vào chủng ký sinh trùng và bệnh nhân có tái nhiễm hay không. Nếu bệnh nhân rời bỏ vùng dịch tễ thì:

Sốt do *P. falciparum* kéo dài 6 tháng -1 năm.

Sốt do *P. Vivax* kéo dài 2-3 năm.

Sốt do *P. Malariae* kéo dài 4-6 năm.

2.2. Các biểu hiện khác kèm theo

- Thiếu máu: do tán huyết. Bệnh nhân bị thiếu máu nhược sắc, da xanh, niêm mạc nhợt. Nếu sốt lâu ngày da sạm như màu đất. Xét nghiệm máu thấy HC giảm, Hb giảm, protid máu giảm.

- Lách to: thường to theo chiều đứng, tùy theo thời gian mắc sốt rét mà lách to từ độ 1-4. Lách to dễ bị vỡ, hay dẫn tới cường lách, cuối cùng là hội chứng Banti (xơ gan lách to) trong sốt rét.

- Viêm thận: bệnh nhân có thể bị phù, albumin niệu, trụ niệu
- Rối loạn tiêu hoá và giảm phát triển thể lực.

3. Các thể lâm sàng

3.1. Sốt rét ác tính (còn gọi là sốt rét nặng và biến chứng)

Chủ yếu do *P. falciparum* gây ra. Các yếu tố đe dọa

- Nhiễm nhiều ký sinh trùng: mật độ thể vô tính trên lam máu ngoại vi > 5% HC)

- Có các biểu hiện não: rối loạn tác phong, tỉnh tỉnh, rối loạn tri giác, ly bì, mê sảng, co giật hoặc dấu hiệu thần kinh khu trú.

- Thiếu máu nặng, Hb < 7,1ng%, Hct <15%
- Hạ đường huyết, vàng da.
- Suy thận: nước tiểu < 400 ml/J, creatinin > 265 Mol/1 (> 3mg%)
- Suy tuần hoàn, hạ huyết áp, hội chứng sốc.
- Xuất huyết và rối loạn đông máu.
- Tiểu có hemoglobin
- Nhiều thể phân liệt của *P. falciparum* trong máu ngoại vi.

3.1.1. Sốt rét ác tính thể não

a. Sốt rét thể não đơn thuần: ngày càng ít gặp. Bệnh nhân thường có tiền triệu như: sốt cao đột ngột hoặc sốt cơn phát liên tiếp, mạch nhanh đi lại

loạng choạng như người say rượu, cười nói vô cớ, la hét vật vã, đôi khi có ảo giác rối loạn tâm thần.

Sau đó có biểu hiện của hội chứng não cấp:

- Rối loạn ý thức: từ lú lẫn đến hôn mê ở các mức độ
- Rối loạn vận động: có động tác bất thường, tay bắt chuồn chuồn, đôi khi co giật giống động kinh. Có dấu hiệu của phù não tăng trương lực cơ phù gai mắt, Babinski (+). Đôi khi có liệt nửa người....
- Rối loạn thần kinh thực vật: thân nhiệt dao động, có rối loạn cơ tròn.

Một số trường hợp có dấu hiệu màng não. PL: nước trong, tăng albumin ($\sim 0,5\text{g/l}$), tăng bạch cầu lympho.

b. Sốt rét thể não phối hợp và tổn thương các tạng khác. Càng tổn thương nhiều tạng, tiên lượng càng nặng.

- Rối loạn hô hấp: hội chứng ARDS khó thở nhanh nông, rối loạn nhịp thở kiểu Cheynes – Stokes, có cơn ngừng thở, tím tái, rối loạn thăng bằng kiềm toan, phù phổi cấp.

- Tổn thương gan: vàng mắt, xuất huyết, gan to, đau, men gan tăng, rối loạn đông máu CID.

- Suy tuần hoàn: mạch nhanh, huyết áp hạ.

- Suy thận cấp: đái ít, vô niệu, rối loạn chuyển hoá nước, điện giải, urê tăng, creatinin giảm.

- Sốt rét thể tả (thể lạnh) bệnh nhân thờ ơ với ngoại cảnh, hạ thân nhiệt, ỉa chảy giống như bệnh tả. Thăm khám thấy mặt hốc hác, mắt trũng sâu, da lạnh nhợt mồ hôi, chi lạnh và tím, cánh mũi đập, hạ huyết áp.

3.1.2. Sốt rét ác tính thể nội tạng: có thể gặp tổn thương nội tạng đơn thuần như sốt rét suy thận cấp, sốt rét thể gan mật, sốt rét thể phổi. Cũng có thể gặp tổn thương nội tạng phối hợp gây hội chứng gan thận do sốt rét.

3.1.3. Sốt rét đái huyết cầu tố. Thường xảy ra ở vùng sốt rét lưu hành. Bệnh nhân có sốt cao rét run, đau ngang thắt lưng, nôn vọt ra chất mật, vàng mắt vàng da. Đi tiểu nước tiểu đỏ sẫm sau đó chuyển dần sang màu đen, đồng thời xuất hiện bệnh cảnh suy thận cấp. Thiếu niệu rồi vô niệu. Xét nghiệm thấy hồng cầu giảm,

Hb, tăng bilirubin, urê tăng, creatinin tăng, tăng men gan, xét nghiệm nước tiểu có hemoglobin...

Diễn biến tốt khi bệnh nhân đi tiểu ngày càng nhiều, nước tiểu nhạt màu dần, urê giảm dần và các xét nghiệm dần trở về bình thường.

Diễn biến xấu khi bệnh nhân đi tiểu ngày càng ít, urê luôn tăng, suy thận ngày càng nặng, có thể dẫn đến tử vong do suy thận cấp.

3.2. Sốt rét ác tính/ sốt rét nặng trên các cơ địa đặc biệt

3.2.1. *Trẻ em*. Biểu hiện thần kinh nổi bật, bệnh nhân ít có cơn sốt rét điển hình. Hay bị sốt cao liên tục, co giật giống như động kinh. Tỷ lệ co giật tương ứng với mật độ ký sinh trùng.

Nhiều trẻ em bị hôn mê, trẻ hay bị thiếu máu nặng, hạ đường huyết, xuất huyết tiêu hoá - một triệu chứng rất nặng. So với người lớn trẻ rất ít có biểu hiện suy thận và rối loạn tim mạch.

3.2.2. *Ở phụ nữ có thai*: sốt rét nặng ở phụ nữ có thai thường là nguyên nhân gây sảy thai, thai lưu hoặc đẻ non. Tỷ lệ tử vong cao. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là thiếu máu nặng, hạ đường huyết, suy thận và cơn rất dễ bị phù phổi cấp.

3.3. Sốt rét liên kết

3.3.1. *Sốt rét liên kết với thương hàn (Typho - malariae)*: có thể gặp liên kết trong cả sốt rét tiên phát, sốt rét tiềm tàng và sốt rét trường diễn. Bệnh cảnh thường khó chẩn đoán nhiều khi phải dựa vào xét nghiệm.

3.3.2. *Sốt rét liên kết với Amip*: có thể gặp liên kết cả trong thể cấp hoặc mạn của ly amip. Thường bệnh nhân có hội chứng kèm theo sốt và thiếu máu, hay nhầm với ly trực trùng.

3.3.3. *Sốt rét liên kết với viêm gan vi rút*: có thể gặp viêm gan cấp trên mọi thể của sốt rét hoặc sốt rét trên một trường hợp viêm gan mạn.

3.3.4. *Sốt rét do nhiễm cả hai ký sinh trùng sốt rét*. Hay gặp P.falci + P.Vivax, P.falci + Malariae.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán sớm

- Dịch tễ học.
 - * Bệnh nhân đi vào vùng dịch tễ có sốt rét.
 - * Bệnh nhân từ vùng sốt rét ra.
 - * Bệnh nhân có yếu tố phơi nhiễm ví dụ như được truyền máu chưa sàng lọc sốt rét, có nguồn truyền bệnh.
- Lâm sàng: có cơn sốt rét điển hình, thiếu máu, lách to.

2. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: như đã mô tả



- Xét nghiệm:

+ Lấy máu khi sốt cao làm giọt đặc, máu đàn, nhuộm giemsa rồi soi trên kính hiển vi. Kết quả: (+): 1 KTSR/100 vi trường

(#): 10 KTSR/100 vi trường

() : 1 KTSR/100 vi trường

(-): 10 KTSR/100 vi trường

+ Các phương pháp bổ sung: chọc tuỷ xương soi nếu trên lâm sàng có sốt rét điển hình nhưng soi máu ngoại vi không thấy. Hoặc xem xét nghiệm miễn dịch như Parasight F.

3. Chẩn đoán phân biệt

3.1. Với sốt rét tiên phát

- Bệnh thương hàn: phải cấy máu, làm phản ứng Widal và nhất là làm giọt đặc, máu đàn để xem có ký sinh trùng sốt rét không.

- Virose: bệnh thường đột ngột, diễn biến nhanh trong vòng 7-10 ngày.

3.2. Với sốt rét cơn. cần phân biệt với: nhiễm trùng huyết, nung mủ sâu, viêm các ống dẫn, tán huyết do các nguyên nhân khác, sốc...

3.3. Với sốt rét ác tính

- Thể não cần phân biệt với các nguyên nhân gây hội chứng não cấp.

- Thể phổi hợp (hội chứng gan thận) cần phân biệt với các nguyên nhân gây ra hội chứng gan thận.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị sốt rét thể thông thường

1.1. Cắt cơn sốt: có thể dùng một trong các thuốc sau.

- Quinin sulfate: người lớn 1,2 - 1,5g/ ngày x 5-10 ngày

trẻ em < 1 tuổi 0,01g/tháng tuổi/ngày x 5-10 ngày

1-8 tuổi 0,1 g/tuổi/ ngày x 5-10 ngày

9-16 tuổi 0,75g - 1g/ngày x 5-10 ngày.

Tác dụng phụ: dạng tiêm dễ gây hoại tử tổ chức, gây chóng mặt, ù tai, tăng cơ thắt cơ trơn, có thể gây dị ứng sốt rét tái Hb.

– Nhóm 4 Amino quinolein (chloroquin, nivaquin, Delagyl....) dạng viên 0,25g. Dùng trong 3 ngày liên theo công thức.

Dùng theo tuổi	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	Tổng liều
<1 tuổi	1/2 viên	1/4 viên	1/4 viên	1 viên
1-2 tuổi	1 viên	1/2 viên	1/2 viên	2 viên
3-4 tuổi	1 ^{1/2} viên	1 viên	1/2 viên	3 viên
5-8 tuổi	2 viên	1 viên	1 viên	4 viên
9-16 tuổi	3viên	2 viên	1 viên	6 viên
>16 tuổi	4viên	2 viên	2 viên	8 viên

Thuốc ưu tiên dùng cho P. Vivax và P. falciparum còn nhạy:

+ Các thuốc phối hợp:

* Fansidar = SR₂ = Sulfadoxin 500mg + pyrimethamin 25mg. có tác dụng ngăn cản ký sinh trùng tổng hợp acid folic. Dùng liều duy nhất.

Người lớn 3 viên, trẻ em 8-14 tuổi : 2 viên; 4-8 tuổi: 1 viên; dưới 4 tuổi 1/2 viên.

Dạng tiêm bắp ống 2ml = 400mg Sulfadoxin + 20mg Pyrimethamin, chỉ tiêm 2 ống cho người lớn, 1^{1/2} ống cho thiếu niên, 1/2 ống cho trẻ em. Xuất hiện kháng từ 1983

– Trong trường hợp kháng thuốc: OMS phân ra 3 độ kháng thuốc

+ R_I: sau khi dùng thuốc sốt rét: bệnh nhân hết sốt, sạch ký sinh trùng song sau 4-6 tuần lại bị sốt và ký sinh trùng lại có trong máu.

+ R_{II}: điều trị làm giảm mật độ ký sinh trùng trong máu.

+ R_{III}: càng điều trị mật độ ký sinh trùng trong máu càng tăng lên. Khi có kháng thuốc, có hai cách giải quyết.

+ Hoặc là phối hợp thuốc và thay đổi công thức phối hợp luôn.

Quinin + Pyrimethamin + Tetracyclin

Quinin + SMP + Tetracyclin

Quinin + Fansidar + Một kháng sinh (Ery/ kilon...)

– Artemisin và các chế phẩm diệt ký sinh trùng nhanh, bán hủy 30 phút đến 4 giờ với artemisin dùng trong 5 ngày, ngày đầu dùng gấp đôi những ngày sau.

	1	2	3	4	5
< 1 tuổi	1	1/2	1/2	1/2	1/2
1-5 tuổi	2	1	1	1	1
5-12 tuổi	3	2	2	2	2
> 12 tuổi	4	2	2	2	2

Artesunat 50 mg: uống số viên như trên, sau đó dùng một liều mefloquin.

* Điều trị triệt căn chống tái phát (diệt thể trong gan và diệt giao bào)

– Đối với *P.falciparum* có 2 cách

+ Điều trị bằng thuốc cắt cơn hai đợt cách nhau 10 ngày, sau đó cứ mỗi tháng điều trị một đợt trong 6 tháng.

+ Primaquin 13,2 mg x4 viên chia 2 lần dùng chỉ một ngày

– Đối với các loại khác: dùng Primaquin 13,2 mg

3-4 tuổi: 1/2 viên/ngày x 10-14 ngày

5-12 tuổi: 1 viên/ ngày x 10-14 ngày

12-15 tuổi: 1^{1/2} viên/ ngày x 10-14 ngày

Chống chỉ định: phụ nữ có thai, người có bệnh gan, thận, giảm bạch cầu, thiếu G₆PD

2. Sốt rét ác tính

2.1. Thuốc đặc trị: dùng một trong hai thuốc sau;

2.1.1. Quinine Dichlohydrate, Quinoserum 1,5-2g/ngày. Trẻ em 30mg/kg/ngày

Chia đôi 1/2 tiêm bắp sâu, 1/2 pha huyết thanh đẳng trương truyền tĩnh mạch. Mỗi lần truyền không quá 0,5 để tránh sốc quinin (do giãn mạch ngoại vi, rối loạn cảm giác, PQ kéo dài, ống 0,1 ; 0,3; 0,5 đến khi tỉnh thì thay bằng đường ống. Nếu nghi kháng thuốc thì phải sử dụng các biện pháp chống kháng ngay.

2.1.2 Artesunate ống 60mg giờ đầu 2 ống, 4 giờ sau 1 ống, những ngày sau 1 ống x 5 ngày khi pha thuốc phải lắc kỹ. Đối với trẻ em dưới 9 tuổi dùng 1/2 liều trên.

2.2. Điều trị triệu chứng

2.2.1. Chống phù não: truyền dịch ưu trương như mannitol 10%, glucose 30%. Truyền nhanh ít nhất 500ml/giờ đầu tiên. Nên truyền đường để chống hạ đường huyết.

2.2.2. **Chống co giật:** valium, 10mg (b) mỗi lần một ống

2.2.3. **Chống rối loạn thần kinh thực vật**

- Sốt cao: hạ nhiệt phương pháp vật lý + thuốc Paracetamol
- Nặng có thể dùng Coctailytic

2.2.4. **Chống suy hô hấp:** thở O_2 thông thoáng đường thở, nội KQ thở PEEP, chống phù phổi cấp.

2.2.5. **Chống suy thận cấp:** cân bằng nước điện giải, tiêm lasix liều cao 10 ống/ngày. thận nhân tạo. Theo dõi sát bilan máu /nước tiểu.

2.2.6. **Chống suy tuần hoàn:** theo dõi sát mạch, huyết áp, truyền dịch dựa PCV.

2.2.7. **Chống suy gan:** truyền đường để chống đường huyết Nếu có rối loạn đông máu phải truyền máu tươi. không dùng corticoid, aspirin.

3. Điều trị sốt rét đái Hb

Nguyên tắc: chống tán huyết cấp, chống suy thận cấp và thiếu máu cấp.

- Bỏ thuốc đang dùng nếu nghi là tạo điều kiện cho đái Hb.
- Chống vỡ hồng cầu ô ạt: truyền máu, liệu pháp corticoid
- Chống suy thận: lợi niệu nhanh, thận nhân tạo....

4. Điều trị sốt rét liên kết

Điều trị cả hai bệnh cùng một lúc.

5. Điều trị chống bội nhiễm (nếu có)

VI. PHÒNG BỆNH

- Sàng lọc máu trước khi truyền.
- Chống Vector: vận động nhân dân thông qua các chương trình giáo dục sức khỏe để mọi người thực hiện tốt các biện pháp sau.
 - + Tránh muỗi đốt: nằm màn tắm permethrin, bôi DEEP vào chỗ hở. Dùng hương đuổi muỗi.
 - + Diệt muỗi và bọ gậy: triệt phá hang ổ bằng cách phát quang bụi rậm, khai thông cống rãnh. Nuôi cá vàng trong các bể nước để diệt bọ gậy. Phun thuốc diệt muỗi.

Phần MẮT

Biên soạn: TS. Nguyễn Đức Anh

BỎNG MẮT DO HÓA CHẤT

Bỏng mắt là một cấp cứu khá thường gặp trong nhãn khoa. Những năm gần đây, số bệnh nhân bỏng mắt có xu hướng càng ngày càng tăng do việc sử dụng các hóa chất càng ngày càng phổ biến trong sản xuất, đời sống, và xã hội. Các tác nhân hóa chất thường gây bỏng mắt là axit và bazơ. Axit rất sẵn có trên thị trường, trong bình ắc quy, phòng thí nghiệm, sản xuất công nghiệp, v.v. Bazơ có ở vôi, vữa, xi măng, các dung dịch giặt hoặc tẩy rửa gia dụng. So với bazơ, tác nhân axit ít ngấm sâu vào mô hơn vì axit làm đông đặc mô tạo ra một hàng rào hạn chế sự đi vào sâu hơn của hóa chất.

1. Triệu chứng

Tùy theo tác nhân gây bỏng thời gian tiếp xúc với mắt, tổn hại ở mắt có thể các mức sau:

- Mức độ nhẹ: mi phù, đỏ, kết mạc phù nề, mạch máu cương tụ hoặc xuất hiện những chấm xuất huyết dưới kết mạc, tróc biểu mô giác mạc hoặc viêm giác mạc chấm.
- Mức độ nặng: mi phù nặng hoặc tróc da, kết mạc phù và trắng bọt, giác mạc mờ đục. Trường hợp bỏng đặc biệt nặng, giác mạc có thể đục trắng như sứ không còn thấy được các thành phần phía sau.

2. Phân loại bỏng

Phân loại bỏng của Thoft được dùng phổ biến trên lâm sàng bao gồm 4 mức độ:

- Độ I: phù kết mạc và tổn hại biểu mô giác mạc nhẹ, không có thiếu máu cục bộ vùng rìa giác mạc.
- Độ II: giác mạc hơi mờ đục, còn thấy chi tiết mống mắt, thiếu máu cục bộ vùng rìa dưới 1/3 chu vi. Bỏng độ I và độ II có tiên lượng tốt.
- Độ III: giác mạc tổn hại toàn bộ biểu mô, mờ đục làm cho không thấy rõ chi tiết mống mắt, thiếu máu cục bộ vùng rìa từ 1/3 đến chu vi. Tiên lượng dè dặt.
- Độ IV: giác mạc đục trắng, thiếu máu cục bộ vùng rìa trên chu vi. Tiên lượng xấu.

3. Điều trị

Trước khi bắt đầu việc điều trị cần hỏi nhanh bệnh nhân về hoàn cảnh và thời gian bị bỏng, tác nhân gây bỏng, và sơ cứu đã thực hiện.

- Kiểm tra giác mạc và kết mạc để đánh giá mức độ tổn thương, chú ý phát hiện dị vật hoặc vôi cục (nếu có) ở các cùng đồ kết mạc.



– Ngay lập tức phải rửa mắt thật kỹ bằng nước sạch trong thời gian 20 phút, tốt nhất là dùng nước muối sinh lý.

– Dùng băng giấy quỳ đặt sâu vào tận cùng đồ kết mạc để kiểm tra độ pH, nếu còn pH axit hoặc bazơ thì cần phải rửa thêm đến khi đạt pH trung tính.

Điều trị sau rửa mắt bao gồm:

– Tiếp tục dùng nước muối sinh lý nhỏ mắt nhiều lần để làm sạch hóa chất còn lại.

– Thuốc kháng sinh tra mắt (kháng sinh phổ rộng như tobramycin, gentamycin) tra nhiều lần, cần dùng thuốc tra mắt dạng mỡ để chống dính mi - nhãn cầu.

– Thuốc giãn đồng tử liệt điều tiết để giảm đau và chống dính: atropin 1%, homatropin 1%.

– Thuốc bôi trơn và giúp cho quá trình hồi phục tổn thương kết giác mạc: dầu vitamin A, nước mắt nhân tạo (Refresh Plus, systane, Sanlein).

+ Thuốc tra mắt corticosteroid (như Tobradex, Cebedexacol, Maxidrol) dùng trong trường hợp phản ứng viêm nhiều và không có tổn thương biểu mô giác mạc.

– Các thuốc dùng đường toàn thân (nếu cần): thuốc giảm đau, kháng sinh chống nhiễm trùng, và thuốc hạ nhãn áp.

DI VẬT KẾT MẠC HOẶC GIÁC MẠC

Di vật kết giác mạc rất thường gặp do chấn thương trong lao động hoặc xuất phát từ môi trường (côn trùng, bụi). Nếu không được điều trị tốt, một di vật nông có thể dẫn đến những biến chứng trầm trọng hoặc để lại di chứng ảnh hưởng đến thị lực.

1. Triệu chứng

– **Cơ năng:** cảm giác cộm như có hạt cát trong mắt, chảy nước mắt. Có thể có quắp mi, chói mắt và sợ ánh sáng (gợi ý tổn thương giác mạc).

– **Thực thể:** di vật nằm ở kết mạc nhãn cầu, kết mạc mi, hoặc giác mạc. Có thể kèm theo phù mi cương tụ kết mạc, viêm hoặc xước giác mạc. Di vật ở giác mạc có thể ở nông hoặc cắm sâu trong nhu mô giác mạc. Nếu di vật sắt đã tồn tại vài ngày trở lên thì có thể có một vòng gỉ sắt màu nâu bao quanh di vật.

2. Điều trị

- Tra thuốc tê tại mắt 2 đến 3 lần.
 - Dị vật kết mạc nông: có thể loại bỏ đơn giản bằng cách rửa mắt bằng nước muối sinh lý hoặc dùng một tấm bông gạc nhẹ dị vật. Nếu dị vật cắm sâu thì cần dùng panh để gấp dị vật. Trước khi lấy dị vật ở sâu trong kết mạc, nên dùng tấm bông tẩm phenylephrine 2,5% chấm vào vị trí dị vật để giảm chảy máu ở kết mạc. Nếu dị vật ở quá sâu trong kết mạc thì không nên cố lấy ra vì có thể làm cho dị vật vào sâu hơn. Có thể để lại dị vật và theo dõi. Sau một thời gian, dị vật có thể tự di chuyển ra nông hơn, lúc này có thể lấy bỏ dễ dàng.
 - Dị vật giác mạc: dị vật nông có thể chỉ cần rửa mắt. Nếu dị vật cắm chặt vào giác mạc thì dùng một kim tiêm cỡ lớn hoặc dụng cụ chuyên dùng để lấy dị vật giác mạc gạt nhẹ dị vật. Lấy sạch vòng gỉ sắt bao quanh dị vật (nếu có). Nếu dị vật nằm quá sâu không lấy được hết thì có thể để lại, tránh đẩy dị vật vào tiền phòng. Nếu giác mạc có nhiều dị vật nông (chẳng hạn do vụ nổ) thì không nên lấy từng dị vật mà nên dùng tấm bông tẩm cồn gạt bỏ toàn bộ biểu mô giác mạc, nhờ đó giảm sự sẹo hóa của màng Bowman.
- Chú ý:* trong khi lấy dị vật giác mạc, nên quan sát dị vật bằng kính lúp hoặc sinh hiển vi để có thể lấy gọn dị vật mà không gây tổn thương cho mô giác mạc xung quanh đồng thời tránh gây thủng giác mạc.
- Sau khi lấy dị vật, nên dùng:
- Kháng sinh tra mắt (dạng nước hoặc mỡ) để đề phòng nhiễm trùng: Nên dùng các kháng sinh phổ rộng (gentamycin, erythromycin, bacitracin hoặc fluoroquinolon) 4 -6 lần /ngày.
 - Nước mắt nhân tạo (Refresh, Systane, Salein, v.v.) và dầu vitamin A (4 -6 lần /ngày) để bôi trơn bề mặt nhãn cầu, để cho mắt đỡ kích thích và giúp cho quá trình tái tạo biểu mô.
 - Dị vật giác mạc thì nên dùng thêm một thuốc giãn đồng tử liệt điều tiết tác dụng ngắn (chẳng hạn cyclopentolate 1%) để mắt dễ chịu và băng ép nhẹ cho mắt.
 - Sau khi lấy dị vật giác mạc, bệnh nhân cần được khám lại sau 1 - 2 ngày và theo dõi trong 1 tuần để phát hiện biến chứng nhiễm trùng.

XUẤT HUYẾT TIỀN PHÒNG DO CHẤN THƯƠNG

Xuất huyết tiền phòng là một tình trạng bệnh lý khá phổ biến sau chấn thương mắt. Xuất huyết tiền phòng nhẹ thì tiên lượng thường tốt. Nếu xuất huyết tiền phòng kèm theo xuất huyết nội nhãn hoặc các tổn thương khác như đứt chân mống mắt, lệch thể thủy tinh, vết rách giác mạc hoặc củng mạc thì tiên lượng thường rất nặng.



1. Triệu chứng

– Cơ năng: giảm thị lực sau chấn thương, có thể kèm theo đau nhức mắt. Giảm thị lực có thể có nhiều mức độ khác nhau, từ giảm nhẹ đến mức độ chỉ còn phân biệt sáng tối.

– Thực thể: máu trong tiền phòng, có thể có nhiều mức độ: máu ít có thể chỉ lững lờ hoặc loang trong thủy dịch, khi bệnh nhân ở tư thế đứng hoặc ngồi thì máu lắng thành một ngăn ngang ở tiền phòng phía dưới. Máu nhiều có thể đầy tiền phòng che lấp các cấu trúc phía sau. Máu nhiều và tồn tại lâu trong tiền phòng có thể có màu đen. Nhãn áp có thể tăng cao.

2. Điều trị

– Nghỉ tại giường tuyệt đối và hạn chế vận động. Để đầu giường hoặc dùng gối cao khoảng 30 độ để giúp cho máu lắng xuống dưới, do đó có thể khám được chi tiết phía sau.

– Che mắt bằng dụng cụ che mắt cứng (bằng kim loại hoặc nhựa) để tránh đụng chạm vào mắt.

– Kháng sinh tra mắt để chống nhiễm trùng. Nên dùng các kháng sinh phổ rộng (gentamycin, erythromycin, bacitracin hoặc fluoroquinolon) 4 -6 lần /ngày.

– Corticosteroid (như Tobradex, Cebedexacol, Maxidrol) tra mắt để giảm phản ứng viêm (4 - 6 lần /ngày).

– Atropin 1% tra mắt 2 lần /ngày để chống co cơ thể mi gây chảy máu tái phát.

– Có thể dùng các thuốc uống axit aminocaproic (Amicar) 50mg/kg dùng trong 5 ngày hoặc prednisolon để chống chảy máu tái phát.

– Thuốc hạ nhãn áp (nếu cần), có thể dùng một trong các thuốc sau:

+ Phong bế beta: betoptic hoặc timoptic.

+ Ức chế anhydrase carbonic: Azopt hoặc trusopt (tra mắt) hoặc acetazolamit (dùng đường uống).

– Thuốc giảm đau.

– Nếu máu đặc không tiêu được thì cần phải phẫu thuật rửa sạch máu tiền phòng để phòng ngừa các biến chứng như ngấm máu tiền phòng, tăng nhãn áp, dính mống mắt.

VẾT THƯƠNG XUYÊN NHÃN CẦU

Vết thương xuyên nhãn cầu là một trong những cấp cứu thường gặp trong nhãn khoa. Vết thương có thể ở giác mạc, củng mạc, hoặc cả giác và củng mạc. Vết thương nhãn cầu cũng có thể kèm theo phôi và kẹt các mô nội nhãn (dịch kính, mống mắt, thể thủy tinh). Trong một số trường hợp, vết thương xuyên có thể kèm theo dị vật nội nhãn hoặc hóc mắt. Vết thương nhãn cầu không được điều trị thích hợp có thể để lại những di chứng trầm trọng, dẫn đến mất hoàn toàn chức năng thị giác.

1. Triệu chứng

- Cơ năng: mắt đau nhức và giảm thị lực sau chấn thương vào mắt.
- Thực thể: vết rách toàn bộ chiều dày của giác mạc hoặc củng mạc. Xuất huyết nội nhãn. Mống mắt, thể mi, hoặc dịch kính có thể kẹt vào vết rách. Đồng tử méo và lệch về phía vết rách. Nhãn áp thường hạ. Vết thương rộng làm thoát dịch kính nhiều có thể làm cho nhãn cầu xẹp lại. Kết mạc xuất huyết, cương tụ và phù nề. Có thể kèm theo rách kết mạc, đứt chân mống mắt, đục hoặc lệch thể thủy tinh.

Cần làm thêm các khám nghiệm chấn đoán hình ảnh: siêu âm, chụp X quang, chụp cắt lớp hóc mắt và não (thẳng và nghiêng) để phát hiện dị vật nội nhãn hoặc trong hóc mắt.

2. Điều trị

- Thuốc tra mắt: kháng sinh phổ rộng như tobramycin, gentamycin, polymycin B, chloramphenicol (chỉ dùng thuốc nước).
- Thuốc giãn đồng tử và liệt điều tiết: nên dùng atropin 1% - 2%.
- Thuốc kháng sinh toàn thân: cần dùng kháng sinh phổ rộng, như cefazolin, gentamycin. Nên phối hợp với một thuốc fluoroquinolon (ciprofloxacin, gatifloxacin, hoặc moxifloxacin).
- Thuốc chống nôn và huyết thanh chống uốn ván (nếu cần).
- Băng mắt, tốt nhất là bảo vệ mắt bằng cái che mắt bằng nhựa cứng.
- Phẫu thuật càng sớm càng tốt để đóng kín vết thương, tránh nguy cơ xuất hiện nhiễm trùng nội nhãn. Có thể kết hợp lấy dị vật (nếu có) ngay trong phẫu thuật lần đầu, hoặc lấy dị vật trong phẫu thuật thì 2.

VIÊM KẾT MẠC

Viêm kết mạc là một bệnh mắt thường gặp. Viêm kết mạc thường không nguy hiểm, tuy nhiên một số trường hợp có thể gây biến chứng ở giác mạc khiến cho điều trị khó khăn và có thể ảnh hưởng đến thị lực. Viêm kết mạc có thể lây truyền mạnh và có thời điểm có thể xuất hiện thành dịch.

1. Triệu chứng

- Cơ năng: mắt đỏ, chảy nước mắt, cộm như có dị vật, ngứa (nhiều trong viêm kết mạc dị ứng), 2 mi mắt có thể dính chặt nhau vào buổi sáng khi ngủ dậy.

- Thực thể: biểu hiện tùy theo tác nhân gây bệnh và diễn biến bệnh (cấp tính hay mạn tính).

- + Tiết tố viêm (dử mắt): thường nhiều trong viêm kết mạc do vi khuẩn. Tiết tố viêm có thể gợi ý tác nhân gây bệnh. Tiết tố mũ đặc gặp trong viêm kết mạc do lậu cầu. Tiết tố dạng nhầy hoặc nước trong ở viêm kết mạc dị ứng. Tiết tố kéo dài dạng sợi trong viêm kết mạc mùa xuân.

- + Mi mắt: phù nề nhiều nếu viêm kết mạc nặng và cấp tính. Bờ mi có thể có nhiều mụn nước (viêm kết mạc do herpes).

- + Kết mạc: cương tụ mạch máu làm cho kết mạc đỏ lên, đỏ nhiều hơn ở kết mạc mi và kết mạc cùng đồ. Kết mạc phù nề, xuất huyết, có thể có giả mạc (màng trắng phủ trên kết mạc mi, bóc dễ dàng và thường gây chảy máu khi bóc) hoặc màng thật sự (trong viêm kết mạc do bạch hầu). Nhú gai có nhiều trong viêm kết mạc dị ứng, nhất là viêm kết mạc mùa xuân (nhú gai to và dày đặc như đá lát). Kết mạc cũng có thể có phản ứng hạt, nhất là ở kết mạc cùng đồ.

- + Giác mạc: có thể có viêm giác mạc chấm nông, nhú gai hoặc thâm nhiễm quanh rìa giác mạc (nhất là trong viêm kết mạc mùa xuân). Có thể kèm theo loét giác mạc (nhất là viêm kết mạc do lậu ở trẻ sơ sinh).

- + Toàn thân: có thể có sốt, đau họng, hạch trước tai. Trong viêm kết mạc thể vùi, bệnh nhân thường có viêm âm đạo, viêm cổ tử cung hoặc niệu đạo.

2. Nguyên nhân

- Vi khuẩn: tụ cầu (*S. aureus*, *S. epidermidis*), liên cầu (*S. pneumonia*), lậu cầu, *H. influenza*.

- Virut: adenovirut, herpes simplex, chlamydia, v.v

- Dị ứng: phấn hoa hoặc các dị nguyên khác trong môi trường sinh sống, cơ địa dị ứng (atopy).

3. Điều trị

- Rửa mắt bằng dung dịch nước muối sinh lý để làm sạch tiết tố viêm hoặc mủ (trong viêm kết mạc vi khuẩn hoặc do lậu) ở mi và kết mạc.

- Bóc giả mạc (nếu có): tra thuốc tê tại mắt 2 lần, sau đó dùng một que bông gạt nhẹ nhiều lần là giả mạc sẽ bong ra, thường kèm theo rỉ máu nhẹ ở kết mạc.

- Kháng sinh tra mắt: dùng kháng sinh phổ rộng: tobramycin, gentamycin, polymycin B, chloramphenicol. Viêm kết mạc nặng hoặc kéo dài thì nên phối hợp với một thuốc tra mắt fluoroquinolon (ciprofloxacin, gatifloxacin, hoặc moxifloxacin). Ngoài các thuốc dạng nước, nên phối hợp với một thuốc mỡ (erythromycin, bacitracin, tetracyclin) tra buổi tối trước khi đi ngủ.

- Corticosteroid tra mắt: nên dùng để làm giảm viêm và giảm phù nề trong những trường hợp phản ứng viêm mạnh. Các thuốc tra mắt có corticosteroid thường phối hợp với một kháng sinh phổ rộng (như Tobradex, Cebedexacol, Maxidrol).

- Thuốc kháng histamin và co mạch (Vazocon-A, Naphcon-A, hoặc Alomide, Alegysal, Crolom, v.v.): cho các viêm kết mạc dị ứng hoặc viêm kết mạc mùa xuân.

- Thuốc chống virus (dùng cho viêm kết mạc do herpes simplex): thí dụ Idoxuridin (IDU, Herplex), Vidarabin (Vira-A), Trifluridin (Viroptic).

- Thuốc tra mắt khác: thuốc tăng cường dinh dưỡng và bôi trơn kết giác mạc (vitamin A, nước mắt nhân tạo), thuốc giãn đồng tử và liệt điều tiết (trong viêm kết mạc nặng).

- Thuốc kháng sinh toàn thân: một số trường hợp viêm kết mạc đòi hỏi phải kết hợp điều trị toàn thân, thí dụ ceftriaxon, cefixim, ofloxacin (dùng cho viêm kết mạc do lậu cầu) hoặc azithromycin, doxycyclin, erythromycin (dùng cho viêm kết mạc thể vùi).

BỆNH MẮT HỘT

Mắt hột là một bệnh viêm mạn tính của kết - giác mạc. Bệnh mắt hột thường tồn tại ở những cộng đồng đông đúc với những điều kiện sinh hoạt và vệ sinh kém. Bệnh mắt hột lây lan bởi dử mắt, thông qua những yếu tố như dùng chung khăn mặt, chậu rửa mặt, tay bẩn, ruồi. Trẻ nhỏ là đối tượng hay mắc bệnh mắt hột nhất. Tác nhân gây bệnh mắt hột là Chlamydia Trachomatis. Bệnh mắt hột có thể gây ra những biến chứng hoặc di chứng trầm trọng ảnh hưởng đến thị lực, thậm chí dẫn đến mù lòa như: lông quặm, tắc lệ đạo, khô mắt nặng, viêm loét giác mạc, sẹo giác mạc, v.v.



1. Triệu chứng

Bệnh mắt hột tiến triển theo 4 giai đoạn (phân loại của MacCallan):

- Giai đoạn 1: viêm kết mạc có nhiều tiết tố, sau đó xuất hiện những hột non ở kết mạc sụn mi trên, có thể kèm theo viêm giác mạc chấm nông và màng máu mức độ nhẹ.
- Giai đoạn 2: hột xuất hiện dày đặc ở kết mạc sụn mi trên (2a) hoặc nhú gai phì đại (2b), kèm theo thâm nhiễm giác mạc nông phía trên, màng máu, và hột vùng rìa giác mạc.
- Giai đoạn 3: hột và sẹo của kết mạc sụn mi trên.
- Giai đoạn 4: sẹo tỏa lan ở kết mạc, có thể có sẹo giác mạc. Không còn hột trên kết mạc.

Phân loại mắt hột của Tổ chức Y tế Thế giới

- TF (Trachomatous inflammation: Follicular): dưới 5 hột trên kết mạc sụn mi trên.
- TI (Trachomatous inflammation: Intense): kết mạc viêm và phù nhiều, che lấp trên 50% mạch máu bên dưới.
- TS (Trachomatous Scarring): sẹo trên kết mạc sụn kèm theo những dải xơ hóa màu trắng.
- TT (Trachomatous Trichiasis): lông xiêu hoặc lông quặm.
- CO (Corneal Opacity): sẹo giác mạc che lấp một phần bờ đồng tử,

3. Điều trị

- Tại mắt: thuốc mỡ kháng sinh (tetracyclin hoặc erythromycin), tra 2 - 3 lần /ngày
- Toàn thân: có thể dùng các thuốc sau:
 - + Azithromycin 20 mg/kg uống liều duy nhất.
 - + Doxycyclin 100 mg uống 2 viên /ngày.
 - + Erythromycin 500 mg uống 4 viên /ngày.
 - + Tetracyclin 250 mg uống 4 viên /ngày.

VIÊM GIÁC MẠC CHẤM NÔNG

Viêm giác mạc chấm nông là những tổn thương dạng chấm rất nhỏ ở biểu mô giác mạc. Bệnh có thể do nguyên nhân nhiễm trùng hoặc không do nhiễm trùng.

1. Triệu chứng

- Cơ năng: chói mắt, sợ ánh sáng, cảm giác như có dị vật trong mắt, thị lực có thể giảm. Thường có đau mắt. Triệu chứng đau mắt giảm rõ rệt khi nhỏ một giọt thuốc tê vào mắt (chứng tỏ tổn thương nằm ở biểu mô).
- Thực thể: nhuộm giác mạc bằng fluorescein và khám bằng sinh hiển vi sẽ thấy trên giác mạc có rất nhiều chấm nhỏ bắt màu thuốc nhuộm. Kết mạc cương tụ nhẹ, có thể có nhầy.

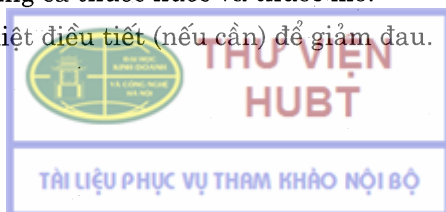
2. Nguyên nhân

- Hội chứng khô mắt.
- Viêm bờ mi.
- Bỏng hóa chất nhẹ.
- Viêm kết mạc.
- Long quặm, long xiêu.
- Hở mi, lộn mi.
- Chấn thương.
- Nhiễm độc thuốc tra mắt.
- Những yếu tố liên quan đến kính tiếp xúc (kính áp tròng).

3. Điều trị

Điều trị phải căn cứ vào bệnh căn. Trong mọi trường hợp, có thể dùng các thuốc sau:

- Nước mắt nhân tạo (Refresh, Systane, Salein, v.v) để bôi trơn bề mặt nhãn cầu.
- Thuốc kháng sinh tra mắt: nếu viêm nhẹ thì chỉ cần dùng một kháng sinh phổ rộng như tobramycin, gentamycin, chloramphenicol. Nếu viêm nặng thì nên phối hợp với một fluoroquinolon (ciprofloxacin, gatifloxacin, hoặc moxifloxacin). Nên dùng cả thuốc nước và thuốc mỡ.
- Thuốc tra mắt liệt điều tiết (nếu cần) để giảm đau.



LOÉT GIÁC MẠC

Những tổn thương giác mạc do viêm nhiễm gây hủy hoại biểu mô và phát triển sâu vào đến nhu mô giác mạc thì được gọi là loét giác mạc. Loét giác mạc là một bệnh mắt nặng có thể do nguyên nhân nhiễm trùng hoặc không do nhiễm trùng. Viêm loét giác mạc thường để lại sẹo đục gây giảm thị lực trầm trọng.

1. Triệu chứng

- Cơ năng: mắt đỏ, thường ở mức độ nặng. Kèm theo mắt đỏ là đau nhức mắt, sợ ánh sáng, chảy nước mắt nhiều, và giảm thị lực.
- Thực thể: một đám mờ đục (thâm nhiễm) ở nhu mô giác mạc, bắt màu thuốc nhuộm fluorescein. Tổn thương giác mạc có nhiều hình dạng khác nhau tùy theo tác nhân gây bệnh. Trong loét giác mạc do vi khuẩn, thâm nhiễm thường sâu và có ranh giới rõ ràng kèm theo là phù nề của nhu mô xung quanh, mủ nhiều (đặc biệt là do trực khuẩn mủ xanh) có thể phát triển thành áp xe nhu mô hoặc dẫn đến thủng giác mạc. Trong loét giác mạc do nấm (đặc biệt là nấm sợi), thâm nhiễm thường có màu xám, bờ nhám nhở và nổi cao hơn bề mặt giác mạc xung quanh, có thể có vài ổ tổn thương nhỏ ở xung quanh. Trong loét giác mạc do virus herpes, tổn thương thường có dạng cành cây nhiều nhánh hoặc lan rộng thành hình bản đồ, kèm theo giảm cảm giác giác mạc. Trong viêm loét giác mạc do ký sinh trùng (*Acanthamoeba*) thâm nhiễm có thể có hình vòng hoặc hình cành giả dạng kèm theo đau nhức nhiều.

Những dấu hiệu khác: bao gồm phù nề mi, mủ nước hoặc vẩy ở mi (do tác nhân herpes) cương tụ kết mạc quanh rìa kèm theo phù nề kết mạc nhiều. Phản ứng viêm trong tiền phòng (thủy dịch vẩn đục do tế bào viêm) hoặc xuất hiện mủ tiền phòng. Dính mộng mắt vào mặt trước thể thủy tinh (dính sau). Trong những trường hợp nặng, có thể có tăng nhãn áp hoặc gây thủng giác mạc.

2. Nguyên nhân

- Vi khuẩn (thường gặp nhất): tụ cầu, liên cầu, *Moraxella*, trực khuẩn mủ xanh (thường gặp sau chấn thương nông nghiệp: điển hình là do hạt thóc bắn vào mắt).
- Nấm: loét giác mạc do nấm có xu hướng càng ngày càng tăng do những chấn thương trong nông nghiệp hoặc do việc sử dụng thuốc tra mắt có corticosteroid càng phổ biến. Các loại nấm thường gặp là *Fusarium*, *Aspergillus* (nấm sợi) và *Candida* (nấm không sợi).
- Virus: thường gặp nhất là herpes simplex, đôi khi là herpes zoster
- Ký sinh trùng: *Acanthamoeba* là tác nhân thường gặp của viêm loét giác mạc ở những người đeo kính tiếp xúc mà không đảm bảo yêu cầu vệ sinh.

– Không do nhiễm trùng: loét giác mạc do bệnh tự miễn hoặc loét giác mạc Mooren (thường gây loét giác mạc quanh rìa), loét giác mạc do ổ mi (do bệnh lý hoặc chấn thương), loét giác mạc do dinh dưỡng thần kinh (mất phản xạ giác mạc hoặc rối loạn dinh dưỡng giác mạc sau chấn thương, phẫu thuật, v.v.).

3. Các khám nghiệm cần làm

– Khai thác bệnh sử: chấn thương, đeo kính tiếp xúc (vệ sinh kém, rửa kính bằng nước máy, đeo kính qua đêm hoặc khi bơi), dùng thuốc tra mắt có corticosteroid.

– Khám đánh giá tổn thương (tốt nhất là có sinh hiển vi): căn cứ hình thái tổn thương có thể sơ bộ dự đoán tác nhân gây bệnh. Nhuộm tổn thương giác mạc bằng fluorescein. Đánh giá cảm giác của giác mạc.

– Lấy bệnh phẩm từ tổn thương giác mạc để làm xét nghiệm vi khuẩn hoặc tế bào học: nhỏ một giọt thuốc tra mắt gây tê giác mạc, sau đó dùng một tấm bông, lưỡi dao mổ, hoặc spatun quẹt qua đáy ổ loét và bờ ổ loét. Cần thận trọng tránh làm thủng giác mạc nếu ổ loét sâu. Cần lấy một bệnh phẩm làm kính phết và một bệnh phẩm để nuôi cấy. Kính phết thường được soi tươi và nhuộm Gram hoặc Giemsa để chẩn đoán vi khuẩn và nấm.

4. Điều trị

– Điều trị loét giác mạc phải căn cứ vào tác nhân gây bệnh thông qua chẩn đoán lâm sàng và kết quả xét nghiệm. Trường hợp chưa có xét nghiệm thì nên điều trị sơ bộ như một viêm loét giác mạc do vi khuẩn.

– Kháng sinh tại mắt: một kháng sinh phổ rộng như tobramycin, gentamycin, hoặc chloramphenicol, kết hợp với một fluoroquinolon (ciprofloxacin, gatifloxacin, hoặc moxifloxacin). Số lần tra thuốc tùy theo độ nặng của bệnh, mức độ nặng trong vài ngày đầu có thể tra nhiều lần cách nhau 15 - 30 phút.

– Kháng sinh toàn thân phối hợp: những fluoroquinolon đường uống có khả năng ngấm tốt vào giác mạc là ciprofloxacin 500 mg, gatifloxacin 400 mg, levofloxacin 500 mg, hoặc moxifloxacin 400 mg).

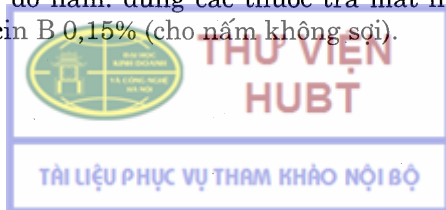
– Thuốc giãn đồng tử và liệt điều tiết để làm giảm đau và chống dính mống mắt: atropin 1% đến 5% hoặc homatropin 1%.

– Thuốc tăng cường dinh dưỡng giúp phục hồi tổn thương: dầu vitamin A, nước mắt nhân tạo (Refresh, Systane, Salein, v.v.).

– Thuốc giảm đau dùng theo đường uống.

Chú ý: không được dùng thuốc tra mắt có corticosteroid nếu không có ý kiến của bác sĩ nhãn khoa.

– Loét giác mạc do nấm: dùng các thuốc tra mắt natamycin 5% (cho nấm sợi) hoặc amphotericin B 0,15% (cho nấm không sợi).



– Loét giác mạc do virus herpes: dùng thuốc mỡ acyclovir (Zovirax) 5 lần /ngày hoặc thuốc nước trifluridin 1% (Viroptic) 8 lần /ngày. Có thể bổ sung cho điều trị thuốc bằng biện pháp bóc bỏ biểu mô bằng một tấm bông để loại bỏ virus ở biểu mô và giảm tác dụng kháng nguyên virus đối với nhu mô. Trường hợp viêm nặng và có biểu hiện toàn thân thì có thể dùng thêm acyclovir 200 mg uống 5 lần /ngày.

VIÊM THƯƠNG CÙNG MẠC

Viêm thương cùng mạc là tình trạng viêm ở lớp mô liên kết chứa mạch máu ở trên bề mặt của củng mạc. Bệnh thường gặp ở người trẻ và nữ giới gặp nhiều hơn nam giới. Nguyên nhân bệnh đa số không rõ ràng. Trong một phần ba các trường hợp có thể có một nguyên nhân toàn thân. Viêm thương cùng mạc thường lành tính và thường tự giới hạn trong vòng 1 - 2 tuần.

1. Triệu chứng

– Cơ năng: đỏ mắt xuất hiện đột ngột kèm theo đau nhức. Bệnh nhân có thể có tiền sử bị bệnh tái phát nhiều lần.

– Thực thể: đỏ khu trú ở một vùng hoặc tỏa lan, chủ yếu trên kết mạc nhãn cầu do giãn các mạch máu ở củng mạc nông (thương cùng mạc). Củng mạc không bị ảnh hưởng.

2. Nguyên nhân

Trong nhiều trường hợp, viêm thương cùng mạc không kèm theo bệnh toàn thân. Tuy nhiên, ở một số bệnh nhân, viêm thương cùng mạc có thể có liên quan với một bệnh toàn thân như:

– Bệnh mô liên kết: viêm khớp dạng thấp, lupút ban đỏ hệ thống, viêm đa động mạch nút, v.v.

– Bệnh nhiễm trùng: zona, herpes, lao, viêm gan B, dị ứng, bệnh tuyến giáp.

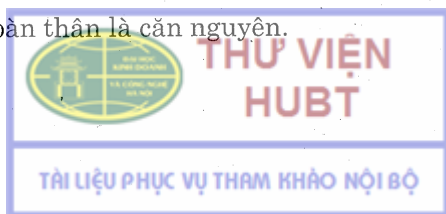
3. Điều trị

– Thuốc tra mắt corticosteroid phối hợp với một kháng sinh phổ rộng như sterdex, maxitrol, tobradex.

– Nước mắt nhân tạo: systane, refresh tears, refresh Plus, sanlein.

– Hoặc thuốc chống viêm không steroid theo đường uống (như dùng ibuprofen 200 mg uống 4 lần /ngày hoặc naproxen 250 mg uống 2 - 4 lần /ngày).

– Điều trị bệnh toàn thân là căn nguyên.



VIÊM CÙNG MẠC

Viêm cùng mạc là viêm của cùng mạc thực sự. Trong viêm cùng mạc có nhiều biến đổi của cùng mạc như thâm nhiễm sâu, tiêu hủy collagen và biến đổi mạch máu. Viêm cùng mạc có thể do cơ chế miễn dịch hoặc có thể do cơ chế nhiễm trùng.

1. Triệu chứng

- Cơ năng: mắt đỏ và đau nhức rất nhiều, đau lan lên trán hoặc lan sang hàm, đau tăng trong đêm khiến cho bệnh nhân phải thức dậy. Thường có nhiều đợt tái phát.

- Thực thể: viêm cùng mạc có thể phân chia thành viêm cùng mạc trước và viêm cùng mạc sau.

- + Viêm cùng mạc trước: đỏ khu trú hoặc tỏa lan ở kết mạc nhãn cầu, đỏ tím và sẫm màu hơn trong viêm thượng cùng mạc do giãn mạch của cả kết mạc, thượng cùng mạc và cùng mạc. Tại vị trí giãn mạch là một nốt nổi lên của cùng mạc. Có thể kèm theo viêm giác mạc vùng rìa, viêm màng bồ đào, đục thể thủy tinh, v.v. Viêm cùng mạc lại được phân chia thành các hình thái: viêm cùng mạc tỏa lan, viêm cùng mạc khu trú, viêm cùng mạc hoại tử.

- + Viêm cùng mạc sau: đau ở phía sau nhãn cầu, có thể gây lờ mờ mắt, hạn chế vận nhãn, bong võng mạc do xuất tiết, phù gai thị, xuất huyết võng mạc, nếp gấp võng mạc, bong hắc mạc.

2. Nguyên nhân

- Bệnh mô liên kết: viêm khớp dạng thấp, lupút ban đỏ hệ thống, viêm đa động mạch nút.
- Bệnh nhiễm trùng: lao, giang mai, sarcoid, zona, herpes, nhiễm liên cầu hoặc phế cầu.
- Tác nhân hóa chất (axit, bazơ) hoặc vật lý (bức xạ, nhiệt).

3. Điều trị

- Thuốc chống viêm không steroid dùng đường uống: ibuprofen 200 mg uống 4 lần /ngày hoặc naproxen 250 mg uống 2 - 4 lần /ngày. Nếu không kết quả thì dùng thuốc corticosteroid.

- Thuốc corticosteroid: prednison 40 đến 60 mg /ngày uống trong 1 tuần, sau đó giảm liều dần trong 2 - 3 tuần. Nếu corticosteroid không có kết quả thì phải dùng đến thuốc ức chế miễn dịch (cyclophosphamid, metotrexat, cyclosporin, azathioprin).

- Kháng sinh toàn thân và tại mắt (nếu do nguyên nhân nhiễm trùng).
- Thuốc giảm đau, an thần.
- Ngoài ra cần điều trị các bệnh nhiễm trùng căn nguyên.

CHẮP VÀ LỆO MI

Chấp và lệo là những bệnh nhiễm trùng thường gặp ở mi. Ở một số người, nhất là những người có viêm bờ mi mạn tính, bệnh có thể tái phát nhiều lần. Chấp là viêm nhiễm mạn tính của tuyến Meibomius (tuyến sụn mi). Lệo là viêm cấp tính của các tuyến ở mi (tuyến Meibomius, tuyến Moll, hoặc tuyến Zeis).

1. Triệu chứng

- Cơ năng: một hoặc vài cục cứng ở vị trí sụn mi hoặc sát bờ mi. Mi mắt có thể phù nề nhiều, đỏ và đau nhức nếu là viêm cấp tính.
- Thực thể: sờ nắn trên mi thấy cục tròn cứng ở dưới da hoặc lộn mặt trong mi nhìn thấy cục nổi lên ở mặt kết mạc mi. ở bờ mi có tắc các lỗ tuyến Meibomius. Có thể có mủ vỡ ra ở bờ mi.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm tổ chức hốc mắt: mi sưng đỏ nhiều hơn và lan rộng hơn, kèm theo phù nề kết mạc nhiều. Nắn trên mi không thấy nốt cứng. Toàn thân thường có sốt.
- Ung thư biểu mô tuyến bã: gặp ở người già, dễ nhầm với chấp tái phát nhiều lần.

3. Điều trị

- Chườm nóng mi mắt trong 10 phút, mỗi ngày 4 lần.
- Thuốc tra mắt kháng sinh, nên dùng thuốc mỡ có phối hợp corticosteroid như dùng Tobradex, Maxitrol.
- Thuốc toàn thân: kháng sinh và giảm đau nếu mi viêm tấy nhiều.
- Nếu chấp có nhiều mủ và khu trú thì cần phải chích chấp: rạch một đường nhỏ trên mặt chấp (da mi hoặc kết mạc), dùng thìa nạo sạch mủ, tra thuốc kháng sinh có corticosteroid và băng mắt. Vết rạch thường không cần khâu.

VIÊM BỜ MI

Viêm bờ mi là tình trạng viêm mạn tính ở bờ mi, thường ở cả 2 mắt. Có 2 loại chính là viêm bờ mi do tụ cầu và viêm bờ mi do tăng tiết bã nhờn. Viêm bờ mi thường dai dẳng, điều trị khó khỏi hoàn toàn và có thể gây ra nhiều biến chứng chấp lẹo, lông xiêu, viêm giác mạc, khô mắt, v.v.

1. Triệu chứng

- **Cơ năng:** cảm giác ngứa, rát, đôi khi như có dị vật ở mắt, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, nặng mi mắt.
- **Thực thể:** bờ mi dày lên, giãn mạch, đỏ, và có nhiều vẩy trắng. Các lỗ tuyến ở bờ mi bị bít tắc bởi chất tiết màu vàng đặc (từ tuyến bờ mi). Thường kèm theo cương tụ kết mạc, đôi khi có khô giác mạc hoặc viêm giác mạc chấm nông.

2. Nguyên nhân

- Vi khuẩn: tụ cầu vàng, tụ cầu epidermidis, propionibacterium, corynebacterium.
- Nấm: pityrosporum ovale và orbiculare, thường thấy trong tiết tố của hình thái viêm bờ mi do tăng tiết bã nhờn.

3. Điều trị

- Vệ sinh bờ mi: dùng dầu gội loãng (loại dành cho trẻ em) tắm vào đầu một tắm bông sạch và cọ dọc theo bờ mi trong vài phút, mỗi ngày làm 2-3 lần.
- Chườm nóng mi mắt: mỗi lần 10 đến 15 phút, ngày 2-4 lần.
- Nước mắt nhân tạo (Refresh, Systane, Salein, v.v.) để làm trơn bề mặt nhãn cầu, giảm cảm giác cộm mắt.
- Thuốc tra mắt: dùng kháng sinh dạng nước hoặc mỡ (erythromycin hoặc bacitracin).
- Nếu viêm của tuyến Meibomius tái phát nhiều lần thì cần dùng thêm kháng sinh uống: tetracyclin 250 mg 4 lần /ngày, hoặc doxycyclin 100 mg 2 lần /ngày, dùng trong khoảng 2 tuần rồi giảm liều dần.

BỆNH SỤP MI

Mi mắt bình thường che lấp giác mạc phía trên khoảng 1 mm. Nếu mi che lấp giác mạc nhiều hơn thì gọi là sụp mi. Cần phân biệt sụp mi thực sự với giả sụp mi do các nguyên nhân như teo nhãn cầu, sa da mi, lác dưới, v.v

1. Triệu chứng

– Cơ năng: sụp mi thường không có triệu chứng. Trường hợp sụp mi nặng che lấp đồng tử thì mắt bị sụp mi có thể bị giảm thị lực (nhược thị).

– Thực thể: mi trên một bên hoặc cả hai bên hạ thấp hơn bình thường. Mi không nâng lên được khi mắt nhìn lên, khi mắt nhìn xuống mi cũng hạ xuống kém. Ngoài ra còn có thể kèm theo lác mắt, hạn chế đưa mắt lên trên.

2. Nguyên nhân

– Do cơ nâng mi: thường là sụp mi bẩm sinh do loạn dưỡng cơ nâng mi. Ngoài ra sụp mi còn do những bệnh cơ khác như nhược cơ, liệt vận nhãn ngoài tuần tiến.

– Do gân cơ: đứt hoặc teo một phần gân cơ do tuổi già, chấn thương, phẫu thuật, bệnh mi mắt.

– Do thần kinh: liệt dây thần kinh do chấn thương, bệnh lý.

– Do nguyên nhân cơ học: khối u, sẹo, v.v

3. Điều trị

Trừ sụp mi do nhược cơ, hầu hết các sụp mi đều cần phải phẫu thuật. Ở trẻ em, sụp mi nhẹ thì có thể phẫu thuật muộn khi đứa trẻ có thể phối hợp tốt. Sụp mi nặng cần phải phẫu thuật sớm để đề phòng nhược thị. Một số phẫu thuật sụp mi thường dùng:

– Rút ngắn cơ nâng mi trên: là phẫu thuật sinh lý nhất và thường được làm nhiều hơn.

– Treo mi lên cơ trán (thường dùng sợi silicon) dùng cho sụp mi nặng, chức năng cơ nâng mi rất kém.

HỘI CHỨNG KHÔ MẮT

Khô mắt không phải là một bệnh mà là một hội chứng thường gặp do giảm sút các thành phần (nhầy, nước, lipid) của lớp màng nước mắt trước giác mạc. Khô mắt nặng có thể dẫn đến những biến chứng như mỏng giác mạc, viêm loét giác mạc, tân mạch giác mạc, thậm chí dẫn đến thủng giác mạc và mù lòa.

1. Triệu chứng

- Cơ năng: khô rất mắt hoặc cộm mắt như có dị vật, chảy nước mắt (chảy nhiều hơn khi có những yếu tố kích thích: gió, khói, bụi, ẩm, sử dụng mắt kéo dài chẳng hạn dùng máy vi tính). Những triệu chứng này thường có ở 2 mắt.

- Thực thể: liềm nước mắt ở bờ mi dưới không còn hoặc không liên tục (bình thường liềm nước mắt này phải cao khoảng 1 mm). Lớp nước mắt trên giác mạc xuất hiện nhiều chất nhầy hoặc những lẩn cặn nhiều hơn. Giác mạc có thể xuất hiện nhiều chấm nhỏ khô, khi nhuộm fluorescein thì có bất màu. Những tổn hại tế bào của kết mạc có thể phát hiện được bằng thuốc nhuộm hồng Bengal.

- *Đo thời gian bền vững của lớp nước mắt (BUT):* nhuộm giác mạc bằng fluorescein và đánh giá thời gian tồn tại lớp màng nước mắt sau khi chớp mắt thì thấy thời gian này bị rút ngắn (bình thường phải trên 10 giây).

- *Khám nghiệm Schirmer:* đặt một băng giấy Schirmer một đầu ở sâu trong cùng đồ kết mạc mi dưới (nếu chỉ đánh giá sự tiết nước mắt cơ bản thì nhỏ 1 giọt thuốc tê vào mắt trước khi đặt băng giấy). Sau 5 phút thì đo kích thước đoạn băng giấy bị thấm ướt. Bình thường, đoạn băng giấy ướt ít nhất phải trên 15 mm (tiết nước mắt phản xạ và nước mắt cơ bản) hoặc trên 5 mm (tiết nước mắt cơ bản). Thời gian này ngắn hơn bình thường thì chứng tỏ có khô mắt.

2. Nguyên nhân

- Bệnh mô liên kết: viêm khớp dạng thấp, hội chứng Sjögren, bệnh lupút ban đỏ hệ thống, bệnh u hạt Wegener.

- Các bệnh gây sẹo hóa: bệnh mắt hột, chấn thương, bỏng mắt, bệnh dạng pemphigus, hội chứng Stevens Johnson.

- Bệnh tuyến lệ: u tuyến lệ, sarcoid.

- Bệnh thiếu vitamin A.

- Do thuốc: thuốc tránh thai, kháng histamin, phong bế beta, phenothiazin, atropin.

- Sau phẫu thuật mắt, nhất là phẫu thuật LASIK (điều trị tật khúc xạ).

3. Điều trị

- Dùng nước mắt nhân tạo (Refresh Tears, Systane, Tears Naturale II, Sanlein). Số lần tra mắt tùy thuộc mức độ khô mắt, có thể dùng từ 4 đến 10 lần/ngày. Nếu khô mắt nặng thì nên dùng thêm nước mắt nhân tạo dạng mỡ hoặc dạng gel.
- Bịt lỗ lệ bằng nút silicon hoặc phẫu thuật nếu khô mắt nặng.
- Điều trị các bệnh căn của khô mắt như viêm bờ mi, hở mi, bệnh mô liên kết, v.v.

TẮC LỆ ĐẠO BẨM SINH Ở TRẺ EM

Lệ đạo bẩm sinh ở trẻ em là một bệnh trạng thường gặp. Nguyên nhân của tắc lệ đạo bẩm sinh thường do tồn tại một màng mỏng ở đoạn dưới của ống lệ mũi, viêm nhiễm túi lệ, hoặc biến dạng xương vách mũi.

1. Triệu chứng

- Cơ năng: mắt ướt hoặc thường xuyên có nước mắt đọng ở góc trong mắt từ khi sinh, kèm theo mắt đỏ và có dử mắt.
- Thực thể: khi day ngón tay vào vị trí túi lệ có thể thấy nhầy mủ trào ra qua lỗ lệ. Nếu có viêm túi lệ cấp thì góc trong mắt sưng đỏ nhiều và kèm theo phù nề mi.
- *Bơm kiểm tra lệ đạo*: tra thuốc gây tê tại mắt 2 - 3 lần. Nong lỗ lệ và lệ đạo bằng que nong, sau đó dùng một bơm tiêm (10 ml) chứa nước muối sinh lý 0,9% đầu gắn kim bơm lệ đạo (đầu tù) đưa vào lệ quản và bơm nước vào. Nếu lệ đạo tắc thì nước sẽ trào ngược lại qua lỗ lệ, có thể kèm theo mủ nhầy.

Cần chẩn đoán phân biệt tắc lệ đạo bẩm sinh với một số bệnh mắt khác cũng gây chảy nước mắt: viêm kết mạc, quặm bẩm sinh, glôcôm bẩm sinh, v.v.

2. Điều trị

- Day nắn trên vùng túi lệ và lệ đạo nhiều lần trong ngày.
- Thuốc kháng sinh tra mắt: nên dùng thuốc nước tobramycin, gentamycin, hoặc thuốc mỡ erythromycin.
- Thuốc kháng sinh toàn thân nếu có viêm túi lệ cấp tính.
- Điều trị bảo tồn nên duy trì trong 3 đến 6 tháng đầu.



- Nếu chảy nước mắt nhiều và điều trị bảo tồn không cải thiện được tình trạng viêm thì cần phải bơm rửa sạch mủ trong túi lệ và thông lệ đạo để giải phóng chỗ tắc. Viêm thường khỏi nhanh sau khi lệ đạo thông thoát.

QUẠM VÀ LÔNG XIÊU CỦA MI MẮT

Lông xiêu là tình trạng một vài lông mi mọc lệch hướng về phía giác mạc. Quặm là tình trạng toàn bộ bờ mi lộn vào trong khiến cho các lông mi cọ vào nhãn cầu. Quặm và lông xiêu nếu không được điều trị thích hợp có thể gây biến chứng nặng như viêm loét giác mạc, dẫn đến sẹo giác mạc và mù lòa.

1. Triệu chứng

- Cơ năng: mắt kích thích và có cảm giác dị vật vào mắt, chảy nước mắt, đỏ mắt.
- Thực thể: một vài lông mi mọc lệch cọ vào nhãn cầu hoặc toàn bộ bờ mi bị lộn vào trong và cả hàng lông mi cọ vào nhãn cầu.

2. Nguyên nhân

- Bẩm sinh
- Tuổi già
- Sẹo co kéo: chấn thương, mắt hột, bỏng, bệnh kết mạc gây sẹo.
- Co thắt; kích thích thần kinh, phẫu thuật, v.v

3. Điều trị

- Thuốc tra mắt: kháng sinh phổ rộng (tobramycin, gentamycin, chloramphenicol) dạng nước hoặc mỡ kèm theo nước mắt nhân tạo (Refresh, Systane, Salein, v.v.) và dầu vitamin A để bôi trơn bề mặt kết -giác mạc, giúp cho bệnh nhân dễ chịu và giảm phản ứng viêm.

- Lông xiêu: nếu có vài cái thì có thể nhổ lông xiêu bằng panh. Lông xiêu thường tái phát đòi hỏi phải nhổ nhiều lần. Nếu lông xiêu nhiều hoặc thường tái phát thì phải điều trị triệt để bằng điện đông, lạnh đông, hoặc phẫu thuật.

- Quặm: điều trị phẫu thuật để làm cho bờ mi vĩnh ra.

VIÊM TỔ CHỨC HỐC MẮT

Viêm tổ chức hốc mắt là một bệnh nhiễm trùng của mô hốc mắt. Bệnh có thể dẫn đến những biến chứng toàn thân rất trầm trọng.

1. Triệu chứng

- Cơ năng: mắt sưng to, đỏ và đau, nhức nhiều, giảm thị lực, nhìn một hình thành hai.
- Thực thể: mắt lồi ra, hai mi sưng nề và đỏ, nóng, chạm tay căng và rất đau. Kết mạc phù nề nhiều và lồi ra qua khe mi. Vận động nhãn cầu bị hạn chế và đau. Ngoài ra còn có thể có phù gai thị, cương tụ tĩnh mạch võng mạc. Toàn thân có sốt, mệt mỏi.

2. Nguyên nhân

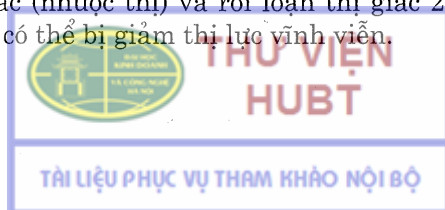
- Nhiễm trùng lân cận: xoang, mũi, răng, túi lệ, tuyến lệ.
- Chấn thương hốc mắt.
- Biến chứng của phẫu thuật mắt.
- Nhiễm trùng toàn thân truyền theo đường máu.

3. Điều trị

- Kháng sinh toàn thân: nên dùng một kháng sinh phổ rộng truyền tĩnh mạch phối hợp đường uống. Các thuốc thường dùng: ampicillin, veftriaxon, hoặc vancomycin, clindamycin.
- Kháng sinh tại mắt: một thuốc nước như gentamycin hoặc tobramycin kết hợp thuốc mỡ erytromycin.
- Nước mắt nhân tạo (Refresh Plus, Systane, Sanlein).
- Corticosteroid: toàn thân và tại mắt để làm giảm viêm
- Điều trị bệnh căn.

LÁC MẮT Ở TRẺ EM

Lác mắt là hiện tượng lệch trục thị giác. Lác mắt ở trẻ em khác với lác mắt phải ở người lớn là thường không có liệt cơ vận nhãn và song thị (nhìn một hình thành hai). Tuy nhiên, lác mắt ở trẻ em lại có nguy cơ nhiều hơn, đó là: giảm thị lực ở mắt lác (nhược thị) và rối loạn thị giác 2 mắt. Nếu không được điều trị sớm, mắt lác có thể bị giảm thị lực vĩnh viễn.



1. Triệu chứng

– Cơ năng: một mắt bị lệch về một phía. Mắt có thể bị lệch vào trong, ra ngoài, lên trên, xuống dưới, hoặc chéo. Trong các hình thái lác của trẻ em, lác trong là phổ biến nhất.

– Thực thể: khi yêu cầu đứa trẻ nhìn thẳng vào một vật thì chỉ có một mắt nhìn vào vật (gọi là mắt định thị), mắt kia nhìn lệch (mắt lác). Khi che mắt định thị (thử nghiệm cover test) thì mắt lác trở về tư thế nhìn thẳng. Nếu bị nhược thị nặng thì mắt có thể trả về một cách chậm chạp hoặc không thể nhìn thẳng được. Vận động nhãn cầu thường không bị hạn chế.

2. Những khám nghiệm cần làm

- Đo thị lực: để phát hiện nhược thị. Ở trẻ nhỏ có thể phải dùng các bảng thị lực hình vẽ.
- Khám mắt chung để phát hiện các tổn thương nguyên nhân: đục thể thủy tinh, bệnh võng mạc -thị thần kinh, v.v.
- Khám vận động nhãn cầu: để phát hiện liệt cơ vận nhãn.
- Khám mắt sau khi tra thuốc liệt điều tiết (atropin 0,5%): khám đáy mắt, định thị, khúc xạ và độ lác khi không có điều tiết, so sánh với độ lác trước liệt điều tiết để phát hiện lác do điều tiết (độ lác giảm hoặc hết sau khi tra thuốc).

3. Điều trị

- Điều chỉnh kính thích hợp tật khúc xạ (nếu có) để cải thiện thị lực và điều tiết.
- Bịt mắt: nếu mắt lác bị nhược thị thì bịt mắt không lác để cho mắt lác nhìn. Đây là biện pháp đơn giản nhất để điều trị nhược thị.
- Điều trị gia phạt: làm cho một mắt nhìn xa một mắt nhìn gần để tạo điều kiện cho sự phục hồi cân bằng thị giác. Có nhiều phương pháp gia phạt: mắt không lác được tra atropin hàng ngày (gia phạt gần) hoặc được chỉnh kính quá mức khoảng 3 điốp (gia phạt xa), hoặc vừa tra atropin vừa mang kính (gia phạt toàn bộ) còn mắt lác được chỉnh kính đủ số.
- Điều trị chỉnh thị: tập luyện mắt bằng các máy chuyên dùng để phục hồi thị giác 2 mắt.
- Phẫu thuật cơ để chỉnh lác: chỉ có kết quả tốt sau khi đã qua quá trình tập luyện phục hồi thị lực (ở mắt nhược thị) và thị giác 2 mắt.

LÁC MẮT DO LIỆT THẦN KINH

Lác mắt có thể do rất nhiều nguyên nhân: các bệnh viêm, khối u, chấn thương, bệnh mạch máu, bệnh nội tiết. Những nguyên nhân trên gây tổn thương các cơ vận nhãn hoặc các dây thần kinh điều khiển các cơ này sẽ dẫn đến mất cân bằng vận nhãn. Các cơ điều khiển vận động nhãn cầu được điều khiển bởi các dây thần kinh số III, số VI, và số IV. Các dây thần kinh vận nhãn có thể bị tổn thương riêng lẻ hoặc tổn thương đồng thời.

1. Triệu chứng

- Cơ năng: song thị 2 mắt (khi nhắm một mắt thì không còn song thị). Song thị có thể theo hướng ngang (hai hình có độ cao ngang nhau) hoặc song thị theo hướng đứng (một hình cao, một hình thấp hơn). Ngoài ra bệnh nhân có thể khó đọc, chóng mặt, khó đi lại, hoặc có những bệnh lý toàn thân khác.

- Thực thể:

- + Mất lác: hướng mắt lác tùy theo dây thần kinh bị tổn thương. Mắt lác ngoài do liệt dây thần kinh số III, lác trong do liệt dây thần kinh số VI, lác lên trên do liệt dây thần kinh số IV.

- + Liệt vận động nhãn cầu: mắt không đưa được vào trong do liệt dây thần kinh số III, không đưa được ra ngoài do liệt dây thần kinh số VI, hạn chế nhìn xuống dưới và vào trong do liệt dây thần kinh số IV.

- + Tư thế lệch đầu: đầu lệch về một hướng nào đó để tránh song thị. Mắt ngoảnh sang bên phải hoặc bên trái (liệt thần kinh số III hoặc VI) hoặc đầu nghiêng về một bên vai (liệt thần kinh số IV).

2. Các khám nghiệm cần làm

- Khám mắt toàn diện: chú ý đánh giá hình thái lác, vận động nhãn cầu, phản xạ đồng tử, độ lồi mắt.

- Khám thần kinh và nội khoa: phát hiện các tổn thương thần kinh và bệnh toàn thân là căn nguyên. Tùy theo từng trường hợp, có thể cần làm các khám nghiệm sau: đo huyết áp, công thức máu, tốc độ lắng máu, đường huyết, các xét nghiệm phát hiện lao, giang mai, chụp cắt lớp (để đánh giá sọ và hốc mắt), chụp cộng hưởng từ (phát hiện tổn hại của não), chụp động mạch não.

3. Điều trị

- Bịt mắt bị lác để hết song thị, giúp cho bệnh nhân dễ chịu.

- Điều trị bệnh căn nguyên.



- Nếu không tìm thấy căn nguyên bệnh thì có thể dùng các thuốc: corticosteroid để giảm viêm, các thuốc giảm phù nề, vitamin nhóm B liều cao để tăng cường dinh dưỡng thần kinh.

- Điều trị phẫu thuật mắt lác nếu sau 6 tháng điều trị nội khoa không kết quả.

GLÔCÔM GÓC ĐÓNG CẤP ĐIỂN

Glôcôm góc đóng cấp điển là một tình trạng bệnh lý trong đó nhãn áp tăng cao đột ngột do sự đóng góc tiền phòng gây tắc nghẽn đường lưu thông thủy dịch. Cơ glôcôm cấp là một cấp cứu nhãn khoa gặp ở những người già có glôcôm góc đóng mạn tính hoặc những người cơ địa glôcôm góc đóng (tiền phòng nông, góc tiền phòng hẹp).

1. Triệu chứng

- Cơ năng: mắt đau nhức đột ngột, nhìn mờ nhiều và có quang xanh đỏ quanh nguồn sáng. Kèm theo nhức lan lên đầu, buồn nôn hoặc nôn.
- Thực thể: nhãn áp cao (sờ nắn nhãn cầu thấy căng cứng như hòn bi), cương tụ kết mạc quanh rìa, giác mạc phù nề mờ đục ở biểu mô (chiếu đèn pin vào thấy chấm phản quang ở giác mạc đục và mất trơn bóng), tiền phòng nông, đồng tử giãn nửa chừng, méo và mất phản xạ, thể thủy tinh mờ đục.

2. Chẩn đoán phân biệt

Việc chẩn đoán cơ glôcôm cấp thường dễ dàng dựa vào những dấu hiệu thực thể. Tuy nhiên cũng cần chú ý phân biệt với một số bệnh sau:

- Viêm màng bồ đào trước (mống mắt - thể mi) cấp: đồng tử thường co nhỏ, độ sâu tiền phòng bình thường nhưng thủy dịch tiền phòng vẫn đục do tế bào viêm. Có thể có những chấm tua bám ở mặt sau giác mạc. Nhãn áp thường không tăng.
- Viêm kết mạc cấp: không đau nhức và thị lực không giảm, kết mạc đỏ nhiều về phía cùng đồ, thường có nhiều tiết tố, giác mạc không phù, tiền phòng bình thường, đồng tử bình thường.
- Glôcôm góc mở cấp (glôcôm do viêm màng bồ đào, glôcôm sắc tố, glôcôm thể mi): thường gặp ở người trẻ, đau nhức ít hơn, có những dấu hiệu của viêm (tủa sau giác mạc, đồng tử dính sau, méo mó), tiền phòng sâu.

3. Điều trị

Trước một trường hợp glôcôm góc đóng cấp diễn, cần phải dùng mọi biện pháp để hạ nhãn áp nhanh chóng, vì thị lực có thể bị tổn hại vĩnh viễn trong vòng vài giờ. Thường dùng phối hợp các thuốc sau:

- Thuốc co đồng tử: để làm giảm nghẽn đồng tử. Thường dùng nhất là pilocarpin 1% hoặc 2%, có thể tra nhiều lần, cách nhau 15 đến 30 phút.

- Thuốc làm giảm tiết thủy dịch:

- + Dạng tra mắt: brinzolamid (Azopt) 1% hoặc dorzolamid (Trusopt) 2%, dùng 2-4 lần ngày.

- + Dạng uống: acetazolamid (Diamox) 250 mg, dùng 2-4 viên /ngày tùy theo mức độ nhãn áp.

- Thuốc làm giảm thể tích dịch kính: nếu nhãn áp tăng cao, có thể dùng thêm:

- + Glycerin (glycerol): dung dịch 50%, uống 1ml/1 kg cân nặng.

- + Mannitol: dung dịch 20% để tiêm truyền tĩnh mạch với liều 1 đến 2 g/kg cân nặng.

- Điều trị các biểu hiện toàn thân: thuốc giảm đau, an thần, chống nôn.

Sau khi nhãn áp đã hạ, bệnh nhân cần được khám bởi bác sĩ chuyên khoa mắt để đánh giá đầy đủ tình trạng mắt và để quyết định điều trị tiếp theo, thường cần phải phẫu thuật cắt bè ở mắt có cơn glôcôm cấp và cắt mộng mắt chu biên (hoặc mổ mộng mắt bằng laser) ở mắt bên kia.

VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO

Viêm màng bồ đào là từ dùng để gọi chung cho viêm của mộng mắt, thể mi, và hắc mạc. Viêm mộng mắt - thể mi được gọi là viêm màng bồ đào trước, viêm hắc mạc (thường kèm theo viêm võng mạc) được gọi là viêm màng bồ đào sau, viêm phần trước của hắc mạc được gọi là viêm màng bồ đào trung gian. Viêm màng bồ đào có thể gây ra nhiều biến chứng hoặc để lại nhiều di chứng trầm trọng dẫn đến mù lòa như: dính bít đồng tử, dính góc tiền phòng và tăng nhãn áp, đục thể thủy tinh, phù hoàng điểm, bong võng mạc.

1. Triệu chứng

- Cơ năng: mắt đỏ (đỏ nhiều quanh rìa giác mạc), không có tiết tố, đau nhức nhiều, giảm thị lực. Viêm màng bồ đào sau và viêm màng bồ đào trung gian thường chỉ có giảm thị lực và xuất hiện những chấm đen lơ lửng trước mắt (dấu hiệu ruồi bay), không có đỏ mắt và không đau nhức.



– Thực thể:

+ Viêm màng bồ đào trước: cương tụ mạch máu quanh rìa giác mạc, thủy dịch tiền phòng vẫn đục do tế bào viêm (dấu hiệu Tyndall), tua sau giác mạc (chấm nhỏ màu nâu đen hoặc đốm to màu trắng đục như mỡ cừu), các nốt trên móng mắt hoặc bờ đồng tử, móng mắt ở bờ đồng tử dính vào mặt trước thể thủy tinh (dính sau), nhãn áp có thể thay đổi (tăng hoặc giảm).

+ Viêm màng bồ đào trung gian: nhiều tế bào viêm trong dịch kính, những đám chất xuất tiết màu trắng ở vùng chu vi của võng mạc phía dưới. Ngoài ra, có thể thấy xuất hiện lớp bao trắng quanh các mạch máu võng mạc, bong võng mạc xuất tiết, phù hoàng điểm, đục thể thủy tinh cực sau.

+ Viêm màng bồ đào sau: tế bào viêm trong dịch kính, một hoặc nhiều ổ viêm (màu trắng vàng) của hắc -võng mạc, viêm mạch máu (bao trắng và xuất tiết quanh mạch máu). Có thể có những dấu hiệu của viêm phần trước.

2. Nguyên nhân

- Viêm màng bồ đào có rất nhiều nguyên nhân:
- Bệnh tự miễn: viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống cứng khớp, bệnh sarcoid, viêm màng bồ đào do thể thủy tinh, v.v.
- Bệnh nhiễm trùng: lao, giang mai, herpes, zona, v.v.
- Các u ác tính; ung thư võng mạc, u lympho, u hắc tố ác tính, v.v.
- Nguyên nhân khác: chấn thương, sau mổ, bong võng mạc, vô căn.

3. Điều trị

– Thuốc giãn đồng tử và liệt điều tiết: để chống dính móng mắt và làm cho bệnh nhân đỡ đau. Thường dùng loại thuốc giãn đồng tử mạnh và kéo dài là atropin 1% đến 5%, tra mắt 2 đến 4 lần /ngày.

– Thuốc corticosteroid: thuốc tra mắt loại mạnh, như dùng Pred Forte, liều dùng là 4 đến 8 lần /ngày tùy theo mức độ bệnh phối hợp với tiêm cạnh nhãn cầu (thí dụ triamcinolon 40 mg tiêm 0, 5 đến 1 ml). Bệnh nặng hoặc kém đáp ứng với corticosteroid tại chỗ thì dùng thêm steroid toàn thân (prednisolon, uống 40 - 50 mg/ngày, giảm liều tùy theo đáp ứng của bệnh nhân).

- Thuốc kháng sinh tại mắt và toàn thân: tùy theo nguyên nhân bệnh.
- Điều trị bệnh căn nguyên nếu phát hiện được.
- Thuốc giảm đau, an thần, giảm phù nề.

VIÊM THỊ THẦN KINH

Viêm thị thần kinh là một mắt bệnh thường gặp ở người trẻ (từ 18 đến 45 tuổi). Bệnh có thể ở một mắt hoặc cả 2 mắt. Thị thần kinh có thể bị viêm ở tại đầu gai thị hoặc viêm ở đoạn sau (gọi là viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu) khiến cho không thấy tổn thương ở đĩa thị.

1. Triệu chứng

- Cơ năng: giảm thị lực nhanh (thường trong vòng vài ngày, nếu viêm tối cấp thì thị lực có thể mất trong vài giờ). Mức độ giảm thị lực có thể nhẹ nhưng cũng có thể rất nặng. Bệnh thường xảy ra ở một mắt hoặc có khi ở cả 2 mắt. Ngoài ra có thể kèm theo đau mắt khi vận động.
- Thực thể: phần trước nhãn cầu thường không thấy gì đặc biệt, ngoại trừ đồng tử có thể bị giãn. Mất phản xạ đồng tử liên ứng (khi chiếu sáng vào đồng tử bên mắt lành thì đồng tử bên bị bệnh còn phản xạ. Ngược lại, chiếu sáng vào đồng tử bên mắt bệnh thì đồng tử bên mắt lành không phản xạ).
- Khám đáy mắt thấy gai thị bị cương tụ và phù nề, bờ mờ, có thể có xuất huyết hình ngọn lửa ở quanh gai. Nếu viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu thì gai thị hoàn toàn hình thường.
- Dấu hiệu khác: rối loạn sắc giác, tổn hại thị trường.

2. Nguyên nhân

- Bệnh xơ cứng rải rác.
- Bệnh nhiễm trùng toàn thân: sởi, thủy đậu, lao, giang mai, sarcoid, zona, viêm não.
- Nhiễm trùng lân cận: viêm xoang, viêm hốc mắt, viêm màng não, v.v.
- Không rõ căn nguyên.

3. Điều trị

- Phát hiện và điều trị bệnh căn nguyên.
- Nếu không thấy căn nguyên thì điều trị bằng:
 - + Corticosteroid (methylprednisolon, prednisolon): kết hợp các đường uống, tiêm, truyền tĩnh mạch, tiêm cạnh nhãn cầu.
 - + Phối hợp với các thuốc: kháng sinh, thuốc giảm phù nề, các vitamin (nhất là vitamin nhóm B liều cao).

XUẤT HUYẾT DỊCH KÍNH

Xuất huyết dịch kính là một biểu hiện của rất nhiều bệnh lý tại mắt hoặc toàn thân. Điều trị xuất huyết dịch kính thường kéo dài và kết quả tùy thuộc vào mức độ xuất huyết và bệnh căn nguyên.

1. Triệu chứng

- Cơ năng: thị lực giảm nhiều không kèm theo đau nhức mắt hoặc xuất hiện những chấm /vết đen trước mắt. Bệnh thường xuất hiện đột ngột ở bệnh nhân đã có một bệnh toàn thân hoặc tại mắt.
- Thực thể: soi đáy mắt có thể thấy những hồng cầu hoặc những mảng lớn lơ lửng trong dịch kính. Nếu xuất huyết nặng thì ánh đồng tử tối đen và không thể soi được đáy mắt.

2. Nguyên nhân

- Bệnh võng mạc đái tháo đường.
- Rách hoặc bong võng mạc.
- Thoái hóa hoàng điểm tuổi già.
- Bệnh Eales (còn gọi là bệnh xuất huyết dịch kính tái phát ở người trẻ).
- Khối u nội nhãn.
- Một số bệnh khác: bệnh Coats, bệnh hồng cầu hình liềm, v.v.
- Chấn thương mắt.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm dịch kính: thường do viêm màng bồ đào, xuất hiện không đột ngột như xuất huyết dịch kính, soi đáy mắt thấy trong dịch kính là tế bào viêm chứ không phải hồng cầu.
- Bong võng mạc: thường xảy ra ở mắt cận thị nặng hoặc sau chấn thương. Bệnh nhân thấy mất một vùng thị trường, nhìn hình biến dạng. Soi đáy mắt thấy võng mạc bong nổi lên, có thể kèm theo vết rách võng mạc.

4. Điều trị

- Bệnh nhân nằm nghỉ tại giường, đầu cao, băng kín 2 mắt để tránh tái xuất huyết và giúp máu lắng xuống để có thể soi được đáy mắt.
- Các thuốc giúp tiêu máu và tăng cường độ bền thành mạch: tam thất, rutin C, v.v.



- Điều trị theo nguyên nhân: vết rách võng mạc hoặc bong võng mạc.
- Cắt dịch kính nếu: xuất huyết dịch kính lâu dài (trên 3 tháng) hoặc xuất huyết kèm theo bong võng mạc hoặc có tân mạch mống mắt.

THOÁI HÓA HOÀNG ĐIỂM TUỔI GIÀ

Thoái hóa hoàng điểm tuổi già là một trong những bệnh mắt hàng đầu có thể gây mù lòa. Bệnh thường xảy ra ở người trên 55 tuổi. Thoái hóa hoàng điểm tuổi già thường được phân chia thành 2 giai đoạn sớm và muộn, bệnh ở giai đoạn muộn có 2 hình thái: hình thái không xuất tiết (khô) và hình thái xuất tiết (ướt).

1. Triệu chứng

- Cơ năng: thị lực giảm dần hoặc giảm nhanh kèm theo ám điểm ở vùng trung tâm. Nhìn các đường thẳng bị biến dạng.
- Thực thể:
 - + Giai đoạn sớm: ở võng mạc trung tâm có nhiều drusen (là tổn thương có dạng màu trắng vàng, hình dạng và kích thước khác nhau, nằm riêng rẽ hay tập trung), biến đổi sắc tố, và teo biểu mô sắc tố võng mạc.
 - + Giai đoạn muộn:
 - Hình thái khô: nhiều drusen vùng hoàng điểm, teo võng mạc rộng hơn để lộ các mạch máu hắc mạc.
 - Hình thái ướt: drusen kèm theo tân mạch hắc mạc. Tân mạch có thể phát triển thành màng tân mạch hình quạt dưới võng mạc. Tân mạch có nguy cơ xuất huyết gây bong võng mạc vùng hoàng điểm, dẫn đến tăng sinh xơ và sẹo hóa, cuối cùng là mất thị lực vĩnh viễn. Hình thái này còn có nguy cơ xuất huyết dịch kính.

2. Điều trị

- Giai đoạn sớm: các vitamin và các thuốc chống oxy hóa: vitamin C (500 g), vitamin E (400 IU), betacaroten (15 mg), kẽm (80 mg), đồng (2 mg) mỗi ngày có tác dụng ngăn cản sự phát triển sang giai đoạn muộn. Người hút thuốc lá nên ngừng hút thuốc.
- Giai đoạn muộn: có nhiều phương pháp được đề ra nhằm tiêu hủy các tân mạch như sử dụng laser quang đông võng mạc hoặc sử dụng thuốc nhuộm hoạt hóa bằng laser (PDT) để làm tắc nghẽn các tân mạch. Gần đây, người ta đã nghiên cứu thành công một số thuốc tiêm trong dịch kính (Lucentis, Avastin) có tác dụng chống lại yếu tố phát triển nội mô mạch máu (VEGF), nhờ đó giảm sinh tân mạch.

BỆNH VÔNG MẠC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Bệnh vông mạc đái tháo đường là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa ở các nước đang phát triển. Ở người trẻ (đái tháo đường typ I, phụ thuộc insulin) bệnh vông mạc đái tháo đường thường xuất hiện muộn sau 3 đến 5 năm. Ở người lớn tuổi (đái tháo đường typ II, không phụ thuộc insulin) bệnh vông mạc đái tháo đường có thể xuất hiện rất sớm.

Bệnh vông mạc đái tháo đường có thể được thành 2 loại chính: bệnh vông mạc đái tháo đường không tăng sinh và bệnh vông mạc đái tháo đường tăng sinh. Nếu không được điều trị thích hợp, bệnh vông mạc đái tháo đường sẽ dẫn đến bong vông mạc và mù lòa.

1. Triệu chứng

– Chủ quan: bệnh nhân thường không có triệu chứng hoặc có thể có giảm thị lực.

– Khách quan: biểu hiện ở vông mạc tùy theo hình thái:

+ Bệnh vông mạc đái tháo đường không tăng sinh: những chấm xuất huyết hoặc những phình mạch nhỏ, chủ yếu ở vông mạc cực sau. Ở giai đoạn nặng hơn thì xuất hiện những vết dạng bông hoặc những biến đổi tĩnh mạch (giãn từng đoạn và ngoằn ngoèo), xuất huyết vông mạc và dịch kính.

+ Bệnh vông mạc đái tháo đường tăng sinh: ngoài những dấu hiệu kể trên còn xuất hiện thêm tân mạch ở vông mạc hoặc đĩa thị và những dải xơ trong dịch kính bám vào vông mạc.

Cần phải khám và đánh giá đầy đủ tình trạng vông mạc, bao gồm chụp mạch huỳnh quang để phát hiện các tổn thương không thấy rõ bằng soi đáy mắt.

2. Điều trị

Điều trị bệnh vông mạc do đái tháo đường bao gồm:

- Quang đông laser: để giảm phù hoàng điểm do thiếu máu cục bộ.
- Phẫu thuật cắt dịch kính: để loại trừ máu trong dịch kính, các dải xơ, các màng co kéo vông mạc.

BONG VÔNG MẠC

Bong vông mạc là tình trạng bệnh lý trong đó biểu mô sắc tố của vông mạc bị tách ra khỏi các lớp vông mạc bên dưới. Bong vông mạc có thể do nhiều nguyên nhân.

1. Triệu chứng

- Cơ năng: có thể bắt đầu bằng những chớp sáng xuất hiện trong mắt, sau đó là giảm thị lực, nhìn hình biến dạng, và mất một vùng thị trường.
- Thực thể: bong vông mạc có những biểu hiện khác nhau tùy theo hình thái. Vông mạc vùng bị bong nổi cao so với phần vông mạc còn lại, bề mặt có thể nhẵn hoặc có nhiều múi. Vùng bong cố định (do vết rách hoặc co kéo) hoặc thay đổi theo tư thế của bệnh nhân (bong do xuất tiết). Có thể thấy vết rách hoặc dải xơ co kéo vông mạc. Trong dịch kính có thể có máu, tế bào sắc tố, các dải xơ.

2. Nguyên nhân

Bong vông mạc có thể do rất nhiều nguyên nhân:

- Bong vông mạc do vết rách: những tổn thương vông mạc ngoại vi do thoái hóa, cận thị nặng, chấn thương mắt, v.v. có thể là nguyên nhân xuất hiện vết rách vông mạc. Vết rách vông mạc khiến cho dịch kính (thoái hóa lỏng) đi vào và tách vông mạc ra.
- Bong vông mạc do co kéo: các dải xơ trong dịch kính (do chấn thương, bệnh vông mạc đái tháo đường, v.v.) co kéo làm vông mạc bong ra.
- Bong vông mạc do xuất tiết: các bệnh lý của vông mạc và dịch kính (viêm, u, bệnh mạch máu, v.v.) gây ra xuất tiết dưới vông mạc và đẩy vông mạc lên.

3. Chẩn đoán phân biệt

Một số bệnh sau có thể bị chẩn đoán nhầm là bong vông mạc:

- Bong hắc mạc: thường bong rộng toàn bộ chu vi 360 độ. Bong thường vồng lên, màu nâu vàng và căng chắc hơn bong vông mạc.
- Tách lớp vông mạc (do tuổi già, thoái hóa): thường ở 2 mắt, chỗ tách lớp thường ở phía thái dương, vồng lên thành hình vòm và không di động.

4. Điều trị

- Bệnh nhân nghỉ tại giường để tránh bong vông mạc lan rộng đến vùng hoàng điểm.



– Khám vồng mạc để phát hiện nguyên nhân: vết rách, dải co kéo, hay do xuất tiết.

– Điều trị bệnh căn gây bong vồng mạc.

– Điều trị phẫu thuật (đối với bong vồng mạc do rách hoặc co kéo): điện đông, lạnh đông, hoặc quang đông laser quanh vết rách để làm dính hắc vồng mạc, cắt dịch kính để loại trừ những chỗ dính dịch kính -vồng mạc, làm đai củng mạc hoặc độn vồng mạc bằng khí để tạo điều kiện cho vồng mạc áp sát và dính lại.

THUỐC DÙNG TRONG NHÂN KHOA

1. Các thuốc gây tê mắt

Thuốc gây tê tại chỗ được dùng khá phổ biến trong khám và điều trị bệnh mắt: đo nhãn áp, lấy dị vật, soi góc tiền phòng, rửa mắt, phẫu thuật mắt, v.v. Thuốc tra mắt gây tê nếu dùng nhiều hoặc kéo dài sẽ gây giảm cảm giác giác mạc, làm chậm sự hồi phục tổn thương hoặc viêm loét giác mạc trầm trọng. Một số thuốc gây tê mắt thường dùng:

– Thuốc tê tra mắt: dicain 1%, tetracain 0,5%, proparacain 0,5%.

– Thuốc gây tê đường tiêm: lidocain (Xylocain) 1%, procain (Novocain) 1-2%, bupivacain (Marcain) 0,75%.

2. Thuốc kháng sinh

– Aminoglycosit: dùng cho phần lớn các nhiễm trùng của phần trước nhãn cầu, nhất là viêm loét giác mạc. Tác dụng tốt với các vi khuẩn Gram âm và Gram dương, không tác dụng với liên cầu khuẩn. Một số thuốc phổ biến: gentamycin (Garamycin, Genoptic, Gentacidin) và tobramycin (Tobrex, Toeyecin, Ocle).

– Chloramphenicol (Chloromycetin, Chloroxit): dạng thuốc nước hoặc thuốc mỡ. Tác dụng tốt với cả vi khuẩn gram dương và Gram âm. Chloramphenicol có thể gây tác dụng phụ nguy hiểm là suy tủy, do đó không được dùng thuốc cho trẻ nhỏ.

– Các tetracyclin: dạng thuốc mỡ hoặc dịch treo. Phổ tác dụng rộng, thường dùng trong điều trị bệnh mắt hột và viêm kết mạc trẻ sơ sinh.

– Bacitracin (mỡ): tác dụng tốt với hầu hết các vi khuẩn Gram dương.



- Polymycin B: tác dụng tốt với các vi khuẩn Gram âm.
- Erythromycin (mỡ): đặc biệt tốt cho viêm kết mạc do tụ cầu. Có thể dùng thay nitrat bạc để dự phòng viêm kết mạc ở trẻ sơ sinh.
- Fluoroquinolon: ciprofloxacin (Ciloxan), moxifloxacin (Vigamox), và gatifloxacin (Zymar). Các thuốc này chủ yếu dùng để điều trị loét giác mạc và những trường hợp viêm kết mạc nặng. Trong loét giác mạc, ngày đầu cứ cách 30 phút tra 1 giọt, ngày thứ 2 mỗi giờ tra một giọt, những ngày sau thì cứ cách 4 giờ tra một giọt. Trong viêm kết mạc, cứ cách 2 giờ lại tra một giọt.

3. Thuốc chống nấm

- Natamycin (Natacyn) 5%: (dạng thuốc nước) là thuốc điều trị nấm duy nhất có dạng dùng cho mắt. Natamycin là lựa chọn hàng đầu để điều trị viêm loét giác mạc do nấm vì thuốc tác dụng tốt với cả nấm sợi và nấm men. Có thể tra mắt nhiều lần cách nhau 1 đến 2 giờ.

Ngoài ra, một số dạng thuốc điều trị nấm ngoài da hoặc đường tiêm truyền cũng có thể dùng để điều trị nấm ở mắt.

- Nystatin (Mycostatin): thuốc dùng ngoài da, ít kích thích mắt, dùng tốt cho nhiễm nấm ở mắt.
- Amphotericin B (Fungizone): thuốc dùng ngoài da, tác dụng tốt hơn nystatin nhưng gây kích thích mắt nhiều.
- Miconazol (Monistat) 1%: dạng thuốc truyền tĩnh mạch, có thể dùng cho mắt.
- Fluconazol (Diflucan) 0,2%: dạng thuốc dùng đường tiêm, có thể dùng cho mắt.

4. Thuốc chống virus

- Idoxuridine (Herplex): dạng nước 0,1% hoặc mỡ 0,5%, dùng để điều trị viêm giác mạc do herpes simplex. Liều dùng: thuốc nước 1 -2 giờ /lần, thuốc mỡ 4 -6 lần /ngày. Có thể giảm liều nếu có đáp ứng tốt.

- Vidarabin (Vira-A) 3%: dạng nước, dùng tốt cho viêm giác mạc nông do herpes simplex. Liều dùng 4 lần /ngày, trong 7 - 10 ngày.

- Trifluridin (Viroptic): dạng nước 1%, dùng tốt hơn cho viêm giác mạc nhu mô.

- Acyclovir (Zovirax) : dạng viên uống và dạng thuốc mỡ dùng cho mắt. Acyclovir ít độc và tác dụng tốt cho cả virus herpes, zona, và virus cự bào.

5. Thuốc chống viêm

- Các corticosteroid

Các thuốc tra mắt corticosteroid dùng rất tốt cho các bệnh viêm phần trước nhãn cầu, thí dụ viêm kết mạc dị ứng, viêm kết mạc mùa xuân, viêm kết mạc bọng, viêm thượng củng mạc, viêm củng mạc, viêm giác mạc chấm nông, viêm giác mạc sâu, viêm màng bồ đào.

Một số thuốc tra mắt corticosteroid thường dùng:

- Hydrocortison 0,5%, 0,12% và 1% (dạng mỡ)
- Prednisolon acetat 0,125% và 1% (dạng dịch treo).
- Dexamethason sodium phosphat 0,1% (dạng dịch treo) hoặc 0,05% (dạng mỡ).
- Fluorometholon 0,1% và 0,25%; (dạng dịch treo) và 0,1% (dạng mỡ).

Các thuốc trên có mức độ tác dụng rất khác nhau. Prednisolon tác dụng mạnh gấp 4 lần hydrocortison, dexamethason tác dụng mạnh gấp 25 lần hydrocortison.

Cách dùng: các thuốc tra mắt corticosteroid có thể dùng 4 đến 8 lần /ngày và có thể dùng vài ngày đến vài tháng. Trong vài ngày đầu, nếu thấy tình trạng bệnh có đáp ứng tốt thì có thể giảm liều.

Chú ý: thuốc tra mắt corticosteroid có thể gây ra một số tác dụng phụ nguy hiểm như loét giác mạc, đục thể thủy tinh, tăng nhãn áp. Do đó, chỉ dùng thuốc khi có chỉ định của bác sĩ nhãn khoa. Nếu dùng kéo dài thì phải theo dõi chặt chẽ để phát hiện tác dụng phụ do thuốc.

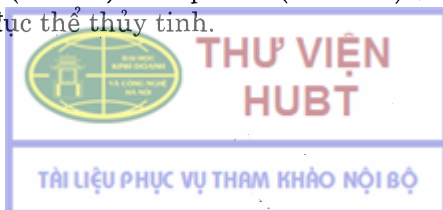
- Steroid phối hợp với kháng sinh

Dạng thuốc phối hợp này thường dùng để điều trị những trường hợp cần có cả 2 tác dụng: chống viêm và chống nhiễm trùng. Thí dụ:

- + Dexamethason và oxytetracyclin (Sterdex)
- + Dexamethason và framycetin (Frakidex)
- + Betamethason và gentamycin (Gentasone)
- + Dexamethason và tobramycin (Tobradex)
- + Dexamethason và chloramphenicol (Cebedexacol)
- + Dexamethason, neomycin và polymycin B (Maxidrol)
- + Fluorometholon và sulfacetamid (FML-S)
- Thuốc chống viêm không steroid

Thuốc chống viêm không steroid càng ngày càng được sử dụng phổ biến trong nhãn khoa. Một số thuốc thông dụng:

- + Flurbiprofen (Ocufer) và suprofen (Profenal) : dùng để chống co đồng tử trong phẫu thuật đục thể thủy tinh.



- + Ketorolac (Acular): dùng cho viêm kết mạc dị ứng
- + Diclofenac (Voltaren) và ketorolac (Acular): dùng để giảm viêm và đau sau phẫu thuật mắt Indomethacin (Indocid): điều trị phù hoàng điểm dạng nang sau phẫu thuật đục thể thủy tinh.

- Thuốc kháng histamin và ức chế dưỡng bào

Các thuốc này thường dùng để điều trị các dạng viêm kết mạc dị ứng. Có thể dùng 2 đến 4 lần /ngày. Một số thuốc thường dùng:

- + Cromolyn Sodium (Crolom)
- + Lodoxamide Tromethamine (Alomide)
- + Nedocromil Sodium (Alocril)
- + Olapadine Hydrochloride (Patanol)
- + Ketorolac Tromethamine (Acular)

6. Thuốc giãn đồng tử và liệt điều tiết

Thuốc giãn đồng tử được dùng để khám đáy mắt. Một số thuốc ngoài tác dụng giãn đồng tử còn có tác dụng liệt điều tiết, các thuốc này được dùng để đo khúc xạ, chống dính mống mắt và giảm đau trong viêm mống mắt thể mi.

Cần thận trọng khi dùng thuốc giãn đồng tử ở người có góc tiền phòng nông vì thuốc có thể gây ra cơn glôcôm cấp. Một số thuốc giãn đồng tử và liệt điều tiết thường dùng:

- Phenylephrin (Neo-Synephrine) 0,12%, 2,5%, và 10%: chỉ giãn đồng tử, không làm liệt điều tiết, thời gian tác dụng kéo dài 2-4 giờ.
- Atropin 0,5% đến 5 % (dạng nước hoặc mỡ). Thuốc giãn đồng tử mạnh và liệt điều tiết kéo dài, có thể 2-3 tuần. Atropin có thể có những tác dụng phụ như kích thích, đỏ mặt, khô họng, sốt, co giật, vì thế cần đặc biệt thận trọng khi dùng cho trẻ nhỏ.
- Homatropin 2% đến 5%. Thuốc làm giãn đồng tử và liệt điều tiết, tác dụng có thể tới 2 ngày. Tác dụng phụ ít hơn atropin.
- Cyclopentolat (Cyclogyl) 0,5% đến 2%. Tác dụng liệt điều tiết ngắn (không quá 24 giờ) do đó thường được dùng để đo khúc xạ. Ở trẻ em, thuốc có thể gây một số tác dụng phụ đối với thần kinh.

7. Thuốc điều trị bệnh glôcôm

Các thuốc làm hạ nhãn áp trong bệnh glôcôm tác dụng theo 3 cơ chế chính: giảm tiết thủy dịch, tăng cường lưu thông thủy dịch, và giảm thể tích dịch kính.

- Thuốc làm giảm tiết thủy dịch

+ Timolol Maleate (Timoptic) 0,25% và 0,5% (dạng nước hoặc gel). Cần đặc biệt thận trọng khi dùng thuốc này cho những bệnh nhân hen hoặc suy tim.

+ Levobunolol (Betagan) 0,25% và 0,5%. Cũng có thể có những tác dụng phụ như timolol.

+ Betaxolol (Betoptic hoặc betoptic S) 0,25% và 0,5%. Thuốc tác dụng chọn lọc đối với các thụ thể 1, do đó ít tác dụng phụ hơn đối với đường hô hấp.

+ Brinzolamid (Azopt) 1% và Dorzolamid (Trusopt) 2%. Là thuốc ức chế men anhydrase carbonic. Dùng 2-4 lần ngày. Thuốc có thể gây rát mắt, phản ứng dị ứng kết mạc, hoặc viêm giác mạc chấm nông.

+ Acetazolamid (Diamox) 250 mg. Là thuốc ức chế men anhydrase carbonic dùng đường uống, 2-4 viên/ngày. Thuốc này không nên dùng kéo dài vì có nhiều tác dụng phụ như mất kali, rối loạn tiêu hóa, sỏi thận, tê chân tay, v.v.

- Thuốc tăng lưu thông thủy dịch

+ Pilocarpin 0,25% đến 10% (dạng dung dịch, gel, hoặc màng thuốc). Tra mắt mỗi lần 1 giọt, dùng 1 đến 6 lần/ngày.

+ Latanoprost (Xalatan) 0,005% và travoprost (Travatan) 0,004%. Dùng mỗi ngày 1 giọt.

- Thuốc làm giảm thể tích dịch kính

+ Glycerin (glycerol): dung dịch 50%, uống 1 ml/kg cân nặng. Có thể gây buồn nôn, nôn, đau đầu.

+ Mannitol: dung dịch 20% để tiêm tĩnh mạch với liều 1 đến 2 g/kg. Thường dùng để hạ nhãn áp mạnh trong glôcôm cấp.

8. Thuốc co mạch và giảm cương tụ

Một số loại thuốc tra mắt có tác dụng co mạch máu của kết mạc. Thành phần chính của các thuốc này là ephedrin, naphazolin, phenylephrin, hoặc tetrahydrozolin. Các thuốc này thường được dùng để giảm đỏ mắt, giảm kích mắt, hoặc giảm ngứa mắt khi bị kích thích khói, bụi. Tuy nhiên, không nên lạm dụng các thuốc co mạch này vì có thể gây giãn mạch phản ứng hoặc làm xuất hiện cơn glôcôm cấp.

Phần
TAI MŨI HỌNG

Biên soạn: GS. TS. Ngô Ngọc Liên

BỆNH TAI - XƯƠNG CHŨM

NHỌT ỐNG TAI NGOÀI

Là một bệnh thường gặp, nhất là vào mùa hè do tụ cầu khuẩn, hay gặp ở người có bệnh tiểu đường.

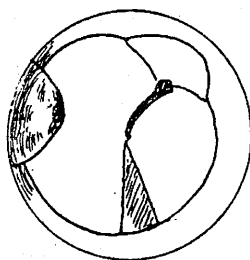
1. Chẩn đoán

- Đau tai là triệu chứng nổi bật, đau ngày càng tăng dữ dội, đau tăng khi nhai, ngáp, đau nhiều về đêm.
- Nghe kém tiếng trâm, thường kèm theo ù tai.
- Có thể sưng tấy ở nắp tai hoặc sau tai.
- Sốt nhẹ hoặc sốt cao khi viêm tấy toả lan.
- Ấn nắp tai hoặc kéo vành tai gây đau rõ rệt.
- Ống tai mới đầu thấy gờ đỏ, chạm vào rất đau. Sau đó to dần và che lấp một phần ống tai, xung quanh tấy đỏ, ở giữa mọng mủ trắng. Nhọt ống tai ngoài có thể tự khỏi nhưng hay tái phát.



Hình 1: Tìm điểm đau

Hình 2: Nhọt ống tai



2. Xử trí

- Tại chỗ: chườm nóng, giảm đau.
- + Nếu mới tấy đỏ thì chấm cồn iốt ở đầu nhọt
- + Khi đã nung mủ trắng dùng dao nhọn hay que nhọn chích nhọt, tháo mủ và sát khuẩn.
- Kết hợp dùng kháng sinh toàn thân, thường nhọt ống tai do tụ cầu. Nếu đau nhiều dùng thuốc giảm đau.

Trong y học dân tộc dùng nước tỏi cũng có kết quả tốt.

VIÊM TẤY ỐNG TAI NGOÀI

Thường gặp do bơi lội, tắm biển, lấy ráy tai và ở những người bị bệnh tiểu đường.

1. Chẩn đoán

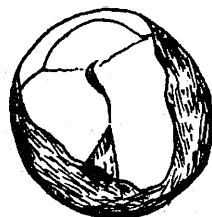
– Lúc đầu ngứa trong ống tai, sau trở nên nóng, rất như bỏng, vài ngày sau đau dữ dội, đau tăng khi nhai, ngáp.

– Cũng gặp nghe kém và ù tai.

– Kéo vành tai, ấn nắp tai gây đau rõ rệt.

– Da ống tai nề đỏ, sau đó ống tai bị chít hẹp lại do sưng nề và ứ dịch vàng, có thể bong từng đám biểu bì trắng.

Nếu không được điều trị sẽ thành mủ, da bị hoại tử gây sẹo chít hẹp hay sùi lấp ống tai ngoài.



Hình 3: Viêm tấy ống tai ngoài

2. Xử trí

– Chườm nóng ngoài tai hoặc chiếu tia hồng ngoại, làm giảm đau tại chỗ, đặt bắc thấm glycerin bôrat 2% hoặc thuốc mỡ kháng sinh vào ống tai.

– Nếu viêm tấy rộng, đau dữ dội, có ù tai nghe kém cho kháng sinh hay kháng viêm toàn thân. Y học dân tộc dùng nước hẹ tươi cũng có kết quả tốt.

VIÊM TAI GIỮA CẤP

Thường gặp, nhất là ở trẻ nhỏ.

Cần phân biệt hai loại chính:

– Viêm tai giữa cấp đơn thuần: nếu được xử trí tốt sẽ khỏi hẳn không để lại di chứng.

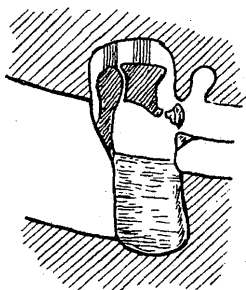
– Viêm tai giữa hoại tử: sẽ để lại di chứng ảnh hưởng đến sức nghe và dễ đưa đến các biến chứng hiểm nghèo.

I. VIÊM TAI GIỮA CẤP MỦ

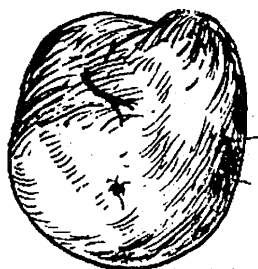
1. Chẩn đoán

Bệnh diễn biến theo hai thời kỳ với các triệu chứng khác nhau rõ rệt.

** Thời kỳ ứ mủ*



Hình 4: Ứ mủ trong thủng tai



Hình 5: VTG cấp đã vỡ mủ lỗ thủng nhỏ

- Trẻ bị viêm mũi họng: sốt, chảy mũi, ho
- Ở trẻ nhỏ thường kèm theo rối loạn tiêu hóa: ỉa chảy, phân sống, nôn trớ. Đau tai rõ rệt, làm trẻ quấy khóc, kém ngủ, bỏ bú, chạm vào tai trẻ đau khóc thét.

** Thời kỳ vỡ mủ*

- Các triệu chứng giảm đi nhanh chóng khi mủ được chảy ra: toàn trạng khá lên, giảm sốt, hết ỉa chảy, đau tai cũng giảm dần.

** Khám tai:*

- Màng tai dày, ẩm, có lỗ thủng ở giữa hay trước dưới màng căng, lỗ thủng thường nhỏ, chỉ nhận thấy qua ánh nhấp nháy khi lau sạch dịch ở ống tay ngoài và màng nhĩ.
- Dịch tai lúc đầu loãng, trong, màu vàng chanh sau đặc dần thành mủ nhầy.

2. Biến chứng

- Các biến chứng có thể gặp:
 - + Liệt mặt do tổn thương dây thần kinh VII, khi đoạn II ống Faloppe quá mỏng.
 - + Viêm màng não: thường gặp ở trẻ nhỏ do bệnh tích lan qua khớp trai-dá còn hở.

3. Xử trí: tùy theo từng giai đoạn

- Giai đoạn đầu chủ yếu chống viêm mũi họng
 - + Rửa mũi bằng acgyron 1% hoặc sulfarin.
 - + Dùng kháng sinh tùy theo tình trạng nhiễm khuẩn.
- Giai đoạn rõ rệt: khi chưa vỡ mủ
 - + Dùng thuốc giảm đau, rửa tai bằng glyxerin borat 2% vài giờ một lần.
 - + Nếu màng nhĩ phồng, bịch màu phải được chích rạch kịp thời.
 - + Khi đã chảy mủ:
Làm thuốc tai và theo dõi hàng ngày cho đến khi khô, liền kín màng tai.

II. VIÊM TAI GIỮA CẤP HOẠI TỬ

Gặp do mắc các bệnh nhiễm trùng lây như cúm, sởi, đậu mùa...

1. Chẩn đoán

- Thể điển hình gặp ở sau sởi, khi sởi đã bay trở sốt trở lại. Thể trạng nhiễm khuẩn, mệt mỏi thường có rối loạn tiêu hóa.
- Đau tai có thể dữ dội hay âm ỷ, nhưng thường đau lan gây nhức đầu, nghe kém rõ rệt, kèm theo ù tai và chóng mặt.
- Ấn mặt xương chũm thường có phản ứng đau.

Khám tai: màng tai đục, ảm, có các nốt phồng xuất huyết tím sẫm (thường do cúm), nhanh chóng vỡ mủ; lỗ thủng lan to nhanh, bờ nhám nhỏ, đáy sần sùi đỏ, mủ có mùi thối, có khi lẫn máu.

2. Biến chứng

- Dễ đưa tới viêm tai giữa mạn nguy hiểm.
- Nếu được điều trị tốt có thể khỏi nhưng thường gây sẹo rúm màng tai, tổn thương xương con ... làm ảnh hưởng tới chức năng nghe.
- Dễ gây các biến chứng nội sọ khác.

3. Xử trí: cũng như với viêm tai giữa cấp đã nêu, nhưng cần lưu ý.

- Dùng kháng sinh và nâng cao thể trạng.
- Theo dõi và điều trị tích cực tránh các biến chứng.

III. VIÊM TAI GIỮA Ứ DỊCH

Viêm tai giữa ứ dịch đang ngày càng hay gặp ở cả người lớn và nhất là trẻ em, là một trong những nguyên nhân gây nghe kém.



1. Chẩn đoán

Toàn trạng không bị ảnh hưởng, nếu bị một tai dễ bị bỏ qua.

- Đau tai ít gặp, thường có cảm giác tức như đút nút tai.
- Nghe kém rõ rệt, có thể thay đổi theo tư thế đầu và có tiếng tự vang (nghe tiếng nói của bản thân thay đổi giống như khi tự bịt tai rồi nói).
- Û tai tiếng trầm, liên tục gây khó chịu.

Bịt mũi, ngậm miệng thổi hơi dồn lên miệng không thấy tiếng động ở màng tai chứng tỏ vòi tai bị tắc, cũng có thể gặp bán tắc thay tắc từng lúc.

2. Biến chứng

Nghe kém dần do trở thành mạn tính với dịch trong thừng tai đặc, dính hoặc thành viêm tai giữa xơ dính. Đặc biệt ở trẻ em hoặc chỉ bị một bên tai thường bị bỏ qua vì không xác định được nghe kém.

3. Xử trí

Khi nghi ngờ cần gửi khám chuyên khoa tai.

Cần được theo dõi, điều trị tích cực để tránh bị điếc.

Toàn thân:

- Cho kháng sinh, kháng viêm và giảm tiết dịch nhày.
- Nạo V.A ở trẻ có viêm V.A, V.A quá phát để đảm bảo tai được thông tốt.
- Cần nhắc đặt ống thông khí qua màng tai.

VIÊM TAI GIỮA MẠN NGUY HIỂM

Có thể gặp ở cả người lớn và trẻ em làm ảnh hưởng nhiều đến sức nghe, có thể đưa đến các biến chứng hiểm nghèo vì bệnh tích đã tới tổ chức xương. Trước thường được gọi là viêm tai xương chũm.

1. Chẩn đoán

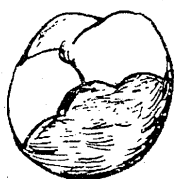
Chảy mủ tai là triệu chứng cơ bản với các đặc điểm:

- Mủ chảy thường xuyên, có thể nhiều hoặc ít, nhưng không hết hẳn.
- Mủ thối, khắm, khi lau sạch thừng tai mủ mới chảy ra cũng có mùi thối.



– Mủ thường đặc lớn nhón có màu vàng, xanh, hay nâu bẩn, có khi lẫn máu (thường do polyp) lẫn các mảnh trắng như bã đậu, có vầng óng ánh như vầng mỡ (ngờ có cholesteatom).

– Nghe kém ngày càng tăng, mức độ tùy theo bệnh tích ở tai. Trên thính lực đồ biểu hiện nghe kém thể truyền âm hay thể hỗn hợp.



Lỗ thủng rộng
đáy bản



Thủng nhỏ góc
sau trên



Polyp trong
thùng tai

Hình 6

– Đau tai, thường chỉ thấy trong các đợt hồi viêm, thỉnh thoảng thấy nặng nhức nửa đầu bên bệnh.

– Khám tai lỗ thủng thường rộng, bờ không đều, sát xương đáy có thể có polyp tròn mọng hay có mảnh trắng của cholesteatoma.

2. Biến chứng

– Có thể tự khỏi, thường để lại di chứng sẹo màng tai, xơ dính màng tai và các xương con gây nên nghe kém.

– Dễ đưa tới các biến chứng, nhất là khi có cholesteatom như:

- + Liệt mặt do tổn thương đoạn II hay khuỷu ống cầu Faloppe (Pha lớp)
- + Viêm mê nhĩ
- + Các biến chứng nội sọ như viêm màng não, áp xe não ...

3. Xử trí

– Nội khoa

Khi không có điều kiện phẫu thuật, bị bệnh toàn thân chống chỉ định phẫu thuật.

Cần theo dõi các biến chứng

- + Làm thuốc tai hàng ngày
- + Làm thoát mủ, nếu có polyp, sùi phải lấy, bỏ cắt đi.

– Ngoại khoa: khi có bệnh tích rõ ràng như có cholesteatom, có polyp thủng tai, bệnh tích xương rõ nên làm phẫu thuật sớm để có thể bảo tồn chức năng nghe tránh các biến chứng.

CHOLESTEATOMA

Trong viêm tai giữa và viêm xương chũm cholesteatoma là một loại tổn thương đặc biệt cần lưu ý đến vì:

- Phá huỷ xương rất nhanh và mạnh nên làm suy giảm sức nghe rõ rệt và dễ đưa tới biến chứng.

1. Chẩn đoán

Khi có cholesteatoma thường thấy các triệu chứng:

- Nghe kém rõ rệt, trong cả các trường hợp lỗ thủng ở màng tai nhỏ. Nghe kém do khối cholesteatoma làm cản trở dao động của chuỗi xương con hoặc làm gián đoạn sự dẫn truyền âm do các xương con bị tiêu huỷ.

- Chảy mủ thối: trong các viêm tai, xương chũm có cholesteatoma mủ có thể chảy nhiều hay ít nhưng bao giờ cũng có mùi thối khẳn, rất khó chịu. Điển hình thấy mủ lổn nhổn trắng như bã đậu, có các mảnh trắng, sáng óng ánh như xà cừ do vỏ khối cholesteatoma vỡ ra, khi thả vào nước nổi vàng óng ánh như váng mỡ, thả vào dung dịch aldehyt axetic làm biến thành màu xanh.

- Thủng góc sau trên: cholesteatoma thường thấy ở các trường hợp có lỗ thủng nhỏ ở phía sau màng tròng, đặc biệt có lỗ thủng nhỏ ở phía sau màng tai: lỗ thủng sát khung xương, có thể ăn sâu một phần da ống tai ở rìa lỗ thủng. Lỗ thủng thường có đám mủ đặc hay vảy che lấp nên khó phát hiện.

Nếu màng tai thủng rộng hay toàn bộ, bờ lỗ thủng sát khung xương, nham nhỏ, đáy lỗ thủng có lớp màng trắng, sáng óng ánh.

- X quang: trên phim Schüller hay Chaussée III có thể thấy hình ảnh cholesteatoma thể hiện qua một vùng sáng không đều, lổn vổn như mây, khói; thường có hình tròn, bờ bao quanh đậm nét trên một xương chũm bị mờ đặc các thông bào.

- Phần lớn các thể viêm xương chũm hồi viêm, xuất ngoại hay có các biến chứng như đã nêu đều có bệnh tích cholesteatoma.

2. Xử trí

Phẫu thuật: vì cholesteatoma phá huỷ xương nhanh và mạnh, dễ đưa tới các biến chứng, làm suy giảm sức nghe rõ rệt. Nếu phẫu thuật không lấy được hết lại tái phát rất nhanh, do đó thường được làm phẫu thuật triệt căn.

VIÊM XƯƠNG CHŨM CẤP

Thường gặp ở trẻ em. Do lạm dụng kháng sinh nên bệnh thường bị bỏ qua và dễ đưa tới các biến chứng hiểm nghèo.

1. Chẩn đoán

– Thể điển hình thường gặp ở trẻ nhỏ sau viêm tai giữa cấp độ vài, ba tuần, các triệu chứng lâm sàng đang dịu đi lại tăng lên.

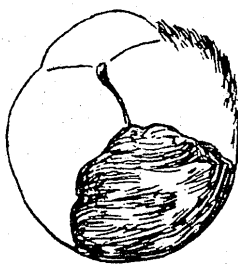
+ Trẻ đột nhiên sốt cao, tới 40 - 41°C và kéo dài. Thể trạng nhiễm khuẩn: mệt mỏi, quấy khóc, kém ăn, kém ngủ. Ở hải nhi có thể thấy co giật, nôn, thóp phồng giống như viêm màng não.

+ Đau tai là triệu chứng chính: đau tăng lên khá dữ dội, đau sâu trong tai, lan ra vùng chũm hay vùng thái dương gây nhức đầu.

+ Nghe kém khá rõ, thể truyền âm, thường kèm theo ù tai và chóng mặt nhẹ.

– Khám: tai chảy mủ thối, đặc, màu vàng đục, có mùi hôi, da vùng chũm có thể hơi nề, đỏ, ấn vùng chũm có phản ứng đau rõ. Soi tai: màng tai dày, nề, lỗ thủng nhỏ, bờ không rõ. Có thể thấy dấu hiệu điển hình đây hay xoá góc sau trên thể hiện da vùng sát màng tai bị nề hoặc bong ra.

– Xquang: phim tư thế Schüller (Sule) cho thấy xương chũm bên bệnh các vách thông bào dày, không rõ, có những đám bị mất vách biến thành các hốc rộng.



Hình 7: Góc sau trên bị xoá. Màng tai thủng sát xương đáy bần

2. Biến chứng

Các biến chứng thường gặp là:

– Viêm xương cốt tuỷ viêm xương thái dương, xương đá hay xương chũm với hội chứng nhiễm khuẩn nặng.

- Liệt mặt ngoại biên do tổn thương dây thần kinh VII hoặc lác mắt do liệt dây VI ở mỏm xương đá.

- Viêm mê nhĩ.

- Các biến chứng nội sọ như viêm màng não, áp xe não hay viêm tĩnh mạch ngoại biên.

3. Xử trí

- Ngoại khoa: là chủ yếu, tiến hành mở sào bào (với hải nhi) hay khoét xương chũm lấy hết bệnh tích xương, bảo tồn màng tai và hệ xương con.

- Nội khoa: kháng sinh chỉ làm giảm triệu chứng không làm hết được bệnh tích nên chỉ dùng khi phẫu thuật.

VIÊM XƯƠNG CHŨM MẠN HỒI VIÊM

Hiện nay thường gặp ở mọi lứa tuổi.

Trên cơ sở một viêm xương chũm mạn, nhất là khi có cholesteatoma, có đợt bội viêm với các triệu chứng cấp và đe dọa có biến chứng, do đó phải được coi như một cấp cứu.

1. Chẩn đoán

- Đột nhiên sốt cao, kéo dài thể trạng nhiễm khuẩn, mệt mỏi.

- Đau tai: là triệu chứng chính: đau tăng lên dữ dội, đau tai vùng chũm sau tai lan ra gây nhức đầu vùng thái dương - chẩm.

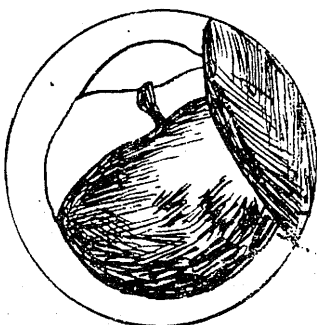
- Nghe kém tăng lên nhanh cùng với đau tai.

- Thường có ù tai và chóng mặt

- Chảy mủ tai nhiều hơn lên và có mùi thối cũng rõ hơn.

Cũng có khi mủ tai chảy ít đi nhưng mùi thối tăng lên rõ rệt.

- Khám tai: thấy da vùng chũm sau tai nề, dày, hơi đỏ. Đặc biệt, ấn ngón tay trên mặt xương chũm gây đau rõ rệt gọi là *phản ứng đau vùng chũm*. Soi tai có thể thấy dấu hiệu điển hình: da thành sau trên ống tai bị nề hoặc bong khỏi thành xương, xa xuống che lấp một phần màng tai gọi là dấu hiệu sập thành sau trên ống tai.



Hình 8: Dấu hiệu sập thành sau trên ống tai

2. Biến chứng

Thường sẽ đưa tới ***các thể xuất ngoại*** do mũ phá, thoát ra ngoài xương chũm. Với các thể chính:

Thể sau tai: thường gặp nhất

Vùng chũm sau tai sưng phồng, ấn mềm, đau rõ, vành tai bị đẩy vênh ra trước.

– ***Thể mỏ chũm:*** sưng tấy vùng cơ ức đòn chũm bên tai đau gây nghẹn cổ, ấn vùng mỏ chũm đau rõ.

– ***Thể thái dương:*** gây ra ở trẻ nhỏ dưới 1 tuổi, sưng tấy vùng thái dương bên tai chảy mủ.

– Sẽ đưa tới các biến chứng như liệt mặt, viêm mê nhĩ, viêm màng não, viêm tĩnh mạch bên và áp xe não.

3. Hướng xử trí

- Không được dùng kháng sinh đơn thuần vì làm mất triệu chứng cấp nhưng vẫn đưa tới biến chứng.
- Phải được phẫu thuật cấp: thường làm phẫu thuật tiết căn: lấy hết bệnh tích ở xương chũm, xương đá và thủng tai, như vậy mất chức năng nghe.

VIÊM MÀNG NÃO DO TAI

Thường gặp nhất trong các biến chứng nội sọ, lại hay phối hợp với các biến chứng nội sọ khác nên càng nguy hiểm hơn.

1. Chẩn đoán

Thể điển hình thường gặp viêm màng não mủ do viêm xương chũm mạn tính hồi viêm.

– Bệnh nhân có tiền sử chảy mủ tai thối, có đợt hồi viêm hay xuất ngoại, sau vài ngày thấy các triệu chứng:

– Thể trạng nhiễm khuẩn rõ rệt: sốt cao có thể có mê sảng, kích thích hoặc li bì, đồ dẫn.

– Nhức đầu thường dữ dội, toả lan hoặc khu trú vùng thái dương bên chảy mủ.

– Đau tai vùng chũm rõ rệt, ấn có phản ứng đau vùng chũm.

– Nôn: thường nôn nhiều lần, khi thay đổi tư thế.

– Rối loạn tiêu hóa, thường gặp táo bón kéo dài, ở trẻ nhỏ lại có thể gặp ỉa chảy.

– Bệnh nhân thường nằm co quắp như tư thế cò súng hoặc nằm thẳng đơ, ở trẻ em thường bị co giật các chi.

– Rối loạn cảm giác, tăng cảm giác đau, sợ ánh sáng, sợ tiếng động...

– Tăng phản xạ gân xương.

+ Khi thăm khám thấy các dấu hiệu màng não kinh điển: cứng gáy, Kerning (+), Bruzinski (+), vạch màng não (+).

+ Chọc dò tủy sống: áp lực nước não tủy tăng, albumin tăng, đường giảm, số lượng tế bào tăng.

2. Xử trí

Cần lưu ý phát hiện sớm các viêm màng não do tai.

Phẫu thuật cấp: với viêm màng não do tai phải được gửi đi chuyên khoa để mổ cấp cứu: khoét chũm tiết căn + bóc lộ màng não.

Điều trị nội khoa sau mổ rất quan trọng nhằm:

– Chống viêm: dùng kháng sinh liều cao, phối hợp nhiều đường, kết hợp với sulfamid, hiện nay dùng thêm corticoid.

– Chống phù não và nâng cao thể trạng.

VIÊM TĨNH MẠCH BÊN DO TAI

Tĩnh mạch bên nằm trong hộp sọ, tạo thành một máng ở mặt trong, sau xương chũm, tiếp nhận các mạch ở vùng tai xương chũm nên cũng là một biến chứng thường gặp trong viêm tai xương chũm, nhất là ở các đợt hồi viêm có cholesteatoma.



Viêm tĩnh mạch bên có thể gặp:

- Viêm quanh tĩnh mạch: màng xương quanh tĩnh mạch bị tổn thương, có mủ.
- Viêm thành tĩnh mạch.
- Viêm trong tĩnh mạch: khi có cục máu đông bám trong lòng tĩnh mạch.
- Viêm tắc tĩnh mạch: khi khối máu đông lớn làm tắc hẳn tĩnh mạch bên.
- Viêm hoại tử tĩnh mạch: ở ta còn gặp các trường hợp viêm tắc tĩnh mạch bên có mủ trong lòng tĩnh mạch, làm hoại tử tĩnh mạch.

Tuỳ theo mức độ bệnh tích các triệu chứng cũng khác nhau.

1. Chẩn đoán

Thể điển hình là viêm tắc tĩnh mạch bên

Bệnh nhân đang bị viêm tai xương chũm mạn tích hồi viêm (xem bài VTXXCMTH) thấy có các triệu chứng:

- Toàn thân
 - + Thể trạng nhiễm khuẩn nặng: vẻ mặt bơ phờ, da sạm, mắt quầng thâm, môi khô, lưỡi bẩn.
 - + Sốt cao: $40 - 41^{\circ}\text{C}$, luôn dao động.
 - + Thường có những cơn rét run chỉ ớn lạnh rùng mình.
 - + Nhịp thở nhanh nông, có khi không đều.
 - + Mạch yếu, có khi không rõ, huyết áp hạ và kẹt.
 - + Thường kèm theo các triệu chứng viêm màng não: nhức đầu, buồn nôn hay nôn ...
- Khám
 - + Da vùng chũm nề, dày, có thể có đóng bánh.
 - + Có khi tấy đỏ, đau dọc theo máng cảnh, và dưới mỏm chũm.
 - + Ấn vùng chũm: mỏm và bờ sau có phản ứng đau rõ.
- Xét nghiệm
 - + Công thức máu: bạch cầu tăng cao rõ rệt, chủ yếu là bạch cầu đa nhân.
 - + Cấy máu: thường khó tìm thấy vi khuẩn gây bệnh.
 - + Nghiệm pháp Quickensteed-Stockey: khi đè bẹp máng tĩnh mạch cảnh bên bệnh, áp lực dịch não tủy không thay đổi thì nghĩ tới viêm tắc tĩnh mạch bên.

2. Biến chứng

Tuỳ theo bệnh tích của tĩnh mạch bên mà tiên lượng nặng hay nhẹ; nói chung viêm tĩnh mạch bên là biến chứng nguy hiểm, có thể tử vong do:

- Tình trạng nhiễm khuẩn huyết nặng
- Gây nên các biến chứng nội sọ phổi hợp: lưu ý màng não và áp xe não.
- Gây nên các biến chứng: áp xe nội tạng xa như áp xe ở phổi, gan, thận ... thường dễ bỏ qua.

3. Xử trí

Cần lưu ý phát hiện sớm các viêm tĩnh mạch bên do tai

Với viêm tĩnh mạch bên do tai cần gửi đi chuyên khoa sớm để tiến hành phẫu thuật cấp: khoét chũm tiết căn.

- Bộc lộ tĩnh mạch bên.
- + Nếu có viêm trong hay viêm tắc tĩnh mạch bên, thắt tĩnh mạch cảnh để bệnh tích hoặc cục máu khối lan tràn. Tuy nhiên do tĩnh mạch bên có nhiều mạch nối nên ít được thực hiện.
- + Khi bệnh tích đã lan xuống gây viêm tấy tĩnh mạch cảnh, thực hiện phẫu thuật Grunert (grune): rạch tiếp xuống thấp để bộc lộ và thắt tĩnh mạch cảnh.

ÁP XE NÃO DO TAI

Là một biến chứng nguy hiểm, có tỷ lệ tử vong cao, hiện còn thường gặp cả ở người lớn lẫn trẻ em.

1. Chẩn đoán

Lúc đầu, ngoài triệu chứng của viêm xương chũm mạn tính hồi viêm thường chỉ có thêm các dấu hiệu nhức đầu từng cơn, có vị trí khu trú rõ rệt, do đó ít được biết đến.

Giai đoạn toàn phát: thường gặp tập chứng Bergmann (Becman) gồm ba hội chứng:

- + Nhức đầu cơn, có vị trí khu trú
- + Nôn vọt, dễ dàng, nhiều lần
- + Mờ mắt bên bệnh (thường chỉ gặp trong áp xe đại não)
- + Mạch chậm, không muốn tiếp xúc, tuy không bị lú lẫn.
- Hội chứng nhiễm khuẩn với các đặc điểm;
- + Thể trạng suy sụp rõ rệt, sốt thường không cao.



+ Đôi khi có các dấu hiệu viêm màng não rõ rệt làm lu mờ các triệu chứng trên.

- Hội chứng thần kinh khu trú: thường xuất hiện chậm, khác biệt tùy theo vị trí áp xe.

+ Nếu áp xe đại não: có thể gặp liệt nửa người bên đối diện, mù cùng bên, mất nói hoặc mù lòa.

+ Nếu áp xe ở tiểu não: thường gặp giảm trương lực cơ, mất thăng bằng, mất phối hợp động tác, rối tâm, quá tâm ...

- Cận lâm sàng:

+ Chọc dò tủy sống: cần thận trọng, vì dễ gây tụt kẹt hạnh nhân tiểu não đưa tới tử vong. Nhất là khi có hội chứng tăng áp lực nội sọ rõ. Áp lực nước não tủy thường tăng cao, albumin tăng, đường giảm, số lượng tế bào tăng cao, đa số là tế bào đa nhân thoái hóa.

+ Soi đáy mắt: với áp xe đại não có thể có phù nề gai thị.

+ Chụp động mạch não với chất cản quang: ổ áp xe đại não có thể làm di lệch động mạch não hoặc gây ra vùng vô mạch.

+ Điện não đồ E.E.G: ổ áp xe làm biến đổi các sóng điện não.

+ Ghi vang siêu âm hoặc chụp điện quang bơm hơi não thất.

+ Chụp cắt lớp theo máy tính điện tử (CT scan): là biện pháp cơ bản vì cho thấy rõ áp xe với kích thước, vị trí, vỏ bọc và tình trạng mũ.

2. Tiên lượng và tai biến

Áp xe não do tai thường đưa tới tử vong do:

- Thể trạng nhiễm khuẩn, suy sụp nặng.

- Do phù não, viêm não toả lan.

- Các tai biến hay gặp là:

+ Tụt kẹt hạnh nhân tiểu não vào lỗ chẩm gây chèn ép lên vùng thở ở hành tủy.

+ Tụt kẹt thủy thái dương vào khe Bichar (Bisa)

+ Áp xe não vỡ não thất

3. Xử trí

- Cần được phát hiện gửi đi chuyên khoa sớm, ngay cả khi mới nghi ngờ vì tính chất nguy hiểm của bệnh.

* Ngoại khoa

Cần được phẫu thuật cấp thực hiện khoét chũm tiết căn + chọc dò tháo mũ ổ áp xe.

Nếu vỏ xơ quanh ổ đã dày không có hiện tượng viêm não có thể lấy toàn bộ ổ áp xe não.

* Nội khoa: rất quan trọng

- Chống nhiễm khuẩn: cho kháng sinh liều cao, nhiều loại (đặc biệt lưu ý tới kháng khuẩn kỵ khí), phối hợp với corticoid, đưa vào bằng nhiều đường.
- Chống phù não.
- Nâng cao thể trạng: truyền máu, đạm, các chất dinh dưỡng và vitamin đầy đủ.

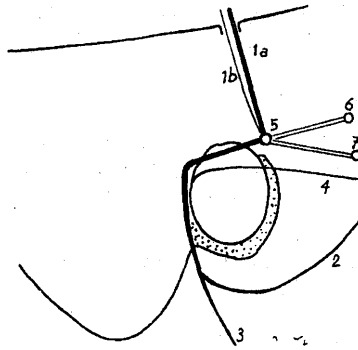
LIỆT MẶT DO TAI

Liệt mặt do tai là liệt mặt ngoại biên do bệnh tích ở vùng tai giữa, xương chũm và xương đá gây nên.

1. Chẩn đoán

Liệt mặt do tai là liệt mặt ngoại biên biểu hiện bằng:

- Tổn thương vận động: khi cười, nói thấy rõ sự mất cân đối giữa hai bên mặt. Bên liệt:
 - + Mắt không khép được kín, có dấu hiệu Charles Bell (Sác-lơ Ben): khi cố nhắm mắt, mi trên không sụp xuống, luôn hở nhãn cầu, lòng đen chui vào dưới mi trên.
 - + Mép, môi giảm hay không di động được khi cười hay thổi bị kéo lệch sang bên đối diện, không hút sáo được, khi ăn, nhai khó, uống nước có thể trào ra khe môi bên liệt.
 - + Lúc thường nhìn kỹ thấy nhân trung lệch, rãnh mũi má, nếp nhăn trán bị mờ.
 - + Khi ăn nhai khi uống nước có thể trào ra khe môi bên liệt.
 - + Tổn thương cảm giác: mất vị giác ở 2/3 trước lưỡi, giảm cảm giác vùng cửa và ống tai ngoài.
 - + Tổn thương phản xạ: mất phản xạ giác mạc, phản xạ mũi - mi mắt, phản xạ cơ bàn đạp.



Hình 9: Dây thần kinh VII

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| 1. a. Dây thần kinh VII vận động | 4. Dây thừng nhĩ |
| b. Dây thần kinh cảm giác | 5. Hạch gối |
| 2. Nhánh trán mắt | 6. Hạch bướu khẩu cái |
| 3. Nhánh miệng cổ | 7. Hạch mắt |

2. Xử trí

Cần nhớ liệt mặt bất kể do nguyên nhân gì để kéo dài sẽ gây thoái hóa dây thần kinh không thể phục hồi lại được.

Cần giải quyết sớm các ổ viêm quanh dây thần kinh VII như chích rạch màng tai (trong viêm tai giữa cấp), mổ xương chũm, bộc lộ dây thần kinh VII để có thể phục hồi được (trong viêm xương chũm).

Nếu xuất hiện liệt mặt sau mổ xương chũm cần rút bác chèn, bộc lộ kiểm tra dây VII.

Thực hiện châm cứu, lý liệu pháp...

ZONA TAI

Bệnh do virus khu trú ở hạch gối đi theo dây thần kinh trung gian Wrisberg (Vritbe) còn gọi là dây VII cảm giác.

1. Chẩn đoán

Bệnh khởi phát như các bệnh nhiễm virus khác: sốt nhẹ, nhức đầu, đau mình mẩy ... sau đó xuất hiện các triệu chứng:



- Đau tai dữ dội, có cảm giác rất, nóng như bị bỏng, đau sâu trong tai, đồng thời cả ở ống tai ngoài, vành tai, có khi lan ra vùng thái dương. Đau thành từng cơn và kéo dài nhiều ngày.

- Mụn nước nhỏ bằng đầu đinh ghim chứa dịch màu vàng chanh nằm rải rác trên vùng da ở nắp, loa, cửa ống tai, tức là vùng Ramsey - Hunt dọc theo đường đi của dây thần kinh. Sau vài hôm mụn nước vỡ thành các vảy, khi bong đi để lại các sẹo lõm đốm trắng.

- Liệt mặt ngoại biên xuất hiện sau vài ngày.

- Ngoài ra có thể thấy:

+ Nổi hạch ở trước hay sau tai.

+ Rối loạn cảm giác ở họng, lưỡi.

+ Nghe kém thể tiếp âm kèm theo ù tai và chóng mặt do có tổn thương cả dây thần kinh số VIII (Zona thể Sicard).

2. Xử trí

- Toàn thân

+ Kháng sinh, kháng viêm dùng giai đoạn đầu khi có sốt cao.

+ Thuốc giảm đau

+ Vitamin B₁₂, B₁ liều cao

+ Corticoid nếu có liệt mặt

+ Thuốc đặc hiệu: toàn thân: zovirax

- Tại chỗ: bôi thuốc mỡ zovirax lên các mụn nước, lý liệu pháp.

VỠ XƯƠNG ĐÁ

Xương đá nằm sâu trong hộp sọ nên thường là chấn thương kín, nhưng cũng có thể thông với bên ngoài qua thủng tai.

Xương đá không còn tạo cốt bào, khi bị vỡ sẽ không hàn lại được nên dễ đưa tới các biến chứng, di chứng về sau.

1. Nguyên nhân

- Do bị ngã, tai nạn xe cộ, tai nạn lao động, bị giập đầu vào tường, máy.



- Do bị đánh bằng vật cứng vào vùng cằm, thái dương.

Gây chấn thương vùng cằm, thái dương, có khi kèm theo vỡ hộp sọ.

2. Bệnh tích

Vỡ xương đá thấy theo 3 đường vỡ chính:

* Đường dọc

Thường gặp do chấn thương vùng thái dương - đỉnh.

Đường vỡ đi song song với trục xương đá: từ trần thung tai theo bờ trước xương đá tới tận lỗ rách trước (đường A theo hình).

Như vậy, tai giữa bị thương tổn; tai trong còn nguyên vẹn; dây thần kinh VII ít khi bị thương tổn.

* Đường ngang

Thường gặp do chấn thương vùng thái dương - cằm. Đường vỡ đi thẳng góc với trục xương đá.

Nếu đường vỡ ở phía trong sẽ cắt ngang qua ốc tai hoặc ống tai trong.

Nếu trong vỡ ở phía ngoài sẽ đi qua tiền đình và ống Fallope (Pha lớp).

Như vậy tai trong, dây thần kinh VIII, VII bị tổn thương. Tai giữa không bị ảnh hưởng.

* Đường chéo

Thường gặp do chấn thương vùng cằm

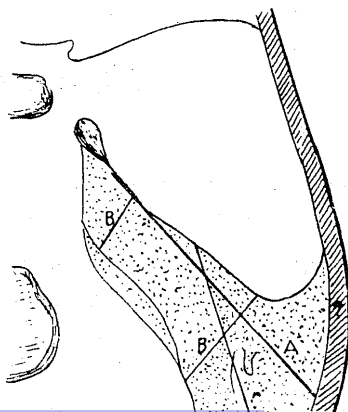
Đường vỡ thường đi chéo theo trục xương đá, được coi như đường vỡ phối hợp giữa 2 đường vỡ trên, đi từ xương chũm vào mê nhĩ, qua thung tai. Thương tổn phối hợp cả tai ngoài, tai giữa, tai trong và dây thần kinh VII.

Hình 10: Vỡ xương đá

A. Đường vỡ dọc

B. Đường vỡ ngang

C. Đường vỡ chéo



3. Chẩn đoán

Tìm hiểu chấn thương

- Hoàn cảnh bị chấn thương như do ngã, bị đánh ...
- Nơi bị chấn thương trên hộp sọ vùng thái dương, chẩm, chũm ...
 - * Các triệu chứng tùy theo đường vỡ xương đá, thường gặp
 - + Chảy máu tai: máu chảy rỉ hoặc đọng ở ống tai ngoài, máu màu đỏ, đông thành cục gập trong vỡ dọc.
 - + Chảy dịch não tủy: dịch trong, chảy nhiều, rỉ hay rỏ giọt từ trong sâu ống tai, trong màng tai, có thể chảy kéo dài 5,7 ngày, không tự cầm. Có thể chảy dịch não tủy lẫn máu, dịch có màu hồng, sau nhạt màu dần.
- Khi nghi ngờ có thể lấy dịch thử nếu có đường (glucose) là dịch não tủy.
- Chảy dịch não tủy gập trong vỡ ngang và vỡ chéo.
- + Nghe kém thể tiếp âm do tổn thương loa đạo, nếu nghe kém hỗn hợp giảm dần là do chấn động mê nhĩ; kèm theo nghe kém thường có ù tai.
- + Chóng mặt: có thể dữ dội, kèm theo có mất thăng bằng rung giật nhãn cầu.
- + Khám: tai và vùng chũm có thể thấy:
 - Vết bầm tím vùng chũm, xuất hiện vài ngày sau chấn thương phải nghi tới có vỡ đường chéo.
 - Ống tai bị rách da, chảy máu; màng tai phồng, có màu tím xanh do máu chảy đọng trong thủng tai, nghi tới có vỡ dọc.
 - Màng tai rách, chảy máu gập trong vỡ chéo, vỡ dọc.
 - Liệt mặt ngoại biên rõ rệt gập trong vỡ ngang hoặc bán liệt gập trong vỡ chéo.

4. Xử trí

- Cấp cứu
 - + Nếu có chấn thương sọ não phải xử trí trước
 - + Toàn thân: cho kháng sinh liều cao, kéo dài cho đến khi tai khô, hết chảy nước não tủy, chảy máu.
 - + Tại chỗ: lau sạch ống tai, đặt bác kháng sinh (penixilin hay cloroxit); băng kín vô khuẩn. Tránh gây nhiễm khuẩn từ ngoài vào nhất là khi nghi có rách màng não.
- Điều trị: chủ yếu chống viêm màng não
- Kháng sinh liều cao, phối hợp, theo dõi chặt chẽ qua nước não tủy.
- Nếu có viêm tai xương chũm phải làm phẫu thuật tiết căn.
- Nếu có viêm mê nhĩ phải khoan dẫn lưu mê nhĩ.

NGHE KÉM

Thường kèm theo các chứng ù tai, chóng mặt, nhưng cũng có thể là chứng duy nhất, gặp ở nhiều mức độ khác nhau, từ ngễnh ngãng đến điếc đặc.

I. CẦN THỰC HIỆN

1. Hỏi

– Thời gian xuất hiện, từ từ hay đột ngột, ở một hay cả hai tai, liên tục hay từng lúc và khi xuất hiện có kèm theo ù tai, chóng mặt hay không, có bị chảy mủ tai hay không.

Cũng cần phát hiện tình trạng, bệnh tật toàn thân, tiền sử bản thân hay gia đình có liên quan đến nghe kém.

2. Khám

– Tai: khi có thủng, chảy mủ tai, lưu ý độ căng phòng, lõm của màng tai khi không thủng.

– Nghiệm pháp valsalva để xác định thêm tổn thương ở tai, xương chũm.

– Chụp X quang khi nghi ngờ để xác định thêm tổn thương ở tai, xương chũm.

3. Đo sức nghe

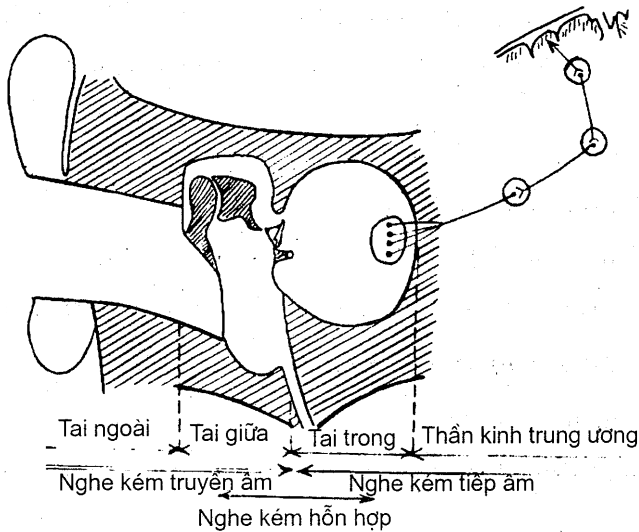
– Đơn giản bằng tiếng nói và âm mẫu để phát hiện sơ bộ.

– Nếu có giảm nghe cần đo và lập thính lực đồ.

Với các trường hợp: trẻ nhỏ, người bị tâm thần, thần kinh hay để giám định, pháp y ... có thể phải đo nhiều lần, làm các nghiệm pháp, đo khách quan ... mới đảm bảo có được nhận định chính xác.

II. CÁC NGUYÊN NHÂN

Về đại cương có thể nêu nguyên nhân chính gây nghe kém do tổn thương, vị trí của từng bộ phận cơ quan nghe theo sơ đồ hình vẽ sau:



Hình 11: Sơ đồ nguyên nhân nghe kém

1. Nghe kém thể truyền âm

1.1. Bệnh tích ở tai ngoài

- Nút dáy, dị vật: nghe kém nhẹ, tăng khi thấm nước vào tai.
- Viêm tấy, nhọt ống tai: có sốt, đau tai.
- Tịt lỗ, ống tai ngoài, hay gờ xương ống tai.

1.2. Bệnh tích ở tai giữa

- Tắc vòi Eustachi: nghe kém tiếng trầm.
- Viêm tai giữa và di chứng: có chảy mủ tai.
- Viêm tai giữa và di chứng: không thủng màng tai.
- Viêm xương chũm: có chảy mủ thối, nhức đầu, các thể cấp, hồi viêm có sốt cao, đau tai.
- Xốp xơ tai: không thủng màng tai.
- + Các thể viêm xương chũm mạn thường có nghe kém thể hỗn hợp.

2. Nghe kém thể tiếp âm

2.1. Bệnh tích ở loa đạo

- Viêm do nhiễm khuẩn, virus.
- Nhiễm độc do thuốc (streptomycin, quinin...), do hóa chất, CO, As...

- Thay đổi áp lực nội dịch: bệnh Ménière...
- Chấn thương do tiếng nổ, tiếng ồn trong lao động sản xuất và trong sinh hoạt đời sống.
- Di truyền.

2.2. Tổn thương ở thần kinh nghe

- U dây thần kinh VIII
- Viêm do virus (zona, quai bị...) do nhiễm khuẩn (giang mai ...).

2.3. Bệnh tích ở thần kinh trung ương

- Viêm màng não, não viêm
- U, áp xe não thùy thái dương...

III. HƯỚNG XỬ TRÍ

1. Điều trị căn nguyên

Khi có bệnh tích ở tai ngoài, tai giữa.

- Lấy bỏ dị vật, u, gờ xương (tai ngoài).
- Thông hơi vòi Eustachi
- Phẫu thuật phục hồi chức năng nghe.

2. Dùng máy trợ thính

Với các trường hợp không điều trị được như: điếc người già, điếc nghề nghiệp, nghe kém do bẩm sinh.

3. Cấy điện cực ốc tai

Với các trường hợp điếc, nghe kém nặng, không có tổn thương thần kinh, dùng máy trợ thính không có tác dụng.

BỆNH MŨI - XOANG

VIÊM MŨI HỌNG CẤP Ở TRẺ EM

Viêm mũi họng cấp rất thường gặp ở trẻ em từ 1 - 6 tuổi, là bệnh thường gặp nhất trong nhiễm khuẩn đường hô hấp trên cấp tính.

1. Chẩn đoán

Cần xác định:

- Viêm mũi họng cấp thông thường.
- Viêm mũi họng cấp có biến chứng.
 - + Sốt: thường gặp nhất
 - + Trẻ trong trạng thái kích thích: quấy khóc, ngủ không yên..., đôi khi ở trẻ nhỏ có nôn, ỉa chảy.
 - + Trẻ > 2 tuổi thường có sưng nhẹ và đau hạch góc hàm.
 - + Ho: hầu hết có ho nhiều hoặc ít, có thể ho thành cơn và nôn trớ.
 - + Chảy mũi, ngạt tắc mũi thường không rõ rệt, chảy mũi nhày trong.
 - + Toàn bộ niêm mạc mũi họng sung huyết, đỏ, nhiều xuất tiết.
 - + Tai: màng tai hai bên thường đỏ, mất bóng sáng nhưng không thấy căng phồng.

2. Các biến chứng

Viêm mũi họng cấp hay bội nhiễm vi khuẩn dễ đưa tới các biến chứng: cần lưu ý phát hiện sớm

Viêm tai giữa cấp: thường gặp ở trẻ < 2 tuổi

Viêm thanh quản cấp: thường ở trẻ 1-4 tuổi.

Đặc biệt lưu ý tới thể viêm thanh quản hạ thanh môn và viêm thanh khí phế quản với bệnh cảnh nguy cấp thường do viêm mũi họng cấp gây ra.

Viêm xoang hàm cấp: gặp ở trẻ lớn 3 - 7 tuổi, thường bị bỏ qua với sốt kéo dài 5 - 7 ngày, chảy mũi mủ đặc, đục, nhức đầu.

Áp xe thành sau họng: hiếm gặp, thường ở trẻ < 2 tuổi



3. Xử trí

Cần nhớ: viêm mũi họng thực ra là một phản ứng tạo miễn dịch của trẻ do đó tránh không để có biến chứng là chính.

- Giữ ấm, giảm hoạt động, nằm nghỉ.
- Săn sóc vệ sinh mũi họng tốt.
- Có thể rửa mũi với các thuốc co mạch thông thường, xịt, rửa hoặc hút mũi tránh để ứ đọng nhất là với trẻ nhỏ.

- Có thể cho kháng viêm không steroid, kháng histamin, vitamin C.

Chỉ dùng kháng sinh và corticoid khi có dấu hiệu biến chứng

Thuốc hạ nhiệt cũng chỉ dùng khi sốt cao, kéo dài. Nên dùng aspirin vừa hạ nhiệt, vừa giảm yếu tố viêm do nhiễm khuẩn.

Chủ yếu là phòng tránh các đợt tái phát

- Tiêm chủng vacxin chống virus, vi khuẩn thường gặp như Hemophilus influenzae.
- Nâng cao thể trạng, sức đề kháng của trẻ.
- Đảm bảo đủ dinh dưỡng, lưu ý các vi lượng như Ca, Zn...
- Loại trừ các ổ viêm kế cận: V.A, răng sâu...
- Chống ô nhiễm môi trường chủ yếu ở gia đình, nhà trẻ như người lớn không hút thuốc, chỗ ở thoáng khí, sạch...

VIÊM MŨI CẤP THÔNG THƯỜNG

Bệnh thường diễn biến trong vòng 5 đến 7 ngày rồi tự khỏi. Nhưng nếu cơ thể suy nhược, bội nhiễm thêm, viêm có thể lan rộng ra đường hô hấp gây viêm thanh quản, khí phế quản, hoặc theo vòi Eustachi gây viêm tai giữa, thường gặp nhất là gây viêm xoang cấp.

1. Chẩn đoán

Xem có cảm giác như người mới mệt, ớn lạnh hay gai sốt nhẹ, nhức đầu, ăn ngủ kém.

- Cảm giác nóng, cay hay ngứa mũi.

– Ngạt tắc mũi, tăng nhiều về đêm, có thể ngạt một bên phải thở bằng miệng, gây ngủ kém hoặc mất ngủ.

– Chảy nước mũi: lúc đầu trong, vài ngày sau thành mũi nhầy, có thể thành mủ, khi xì mũi thường có lẫn ít tia máu.

Lúc đầu niêm mạc xung huyết đỏ, sau thành nề sưng, sần mũi và khe dưới có nhiều dịch nhầy hay mủ. Đặt thuốc co mạch, cuốn dưới co hồi tốt, thở thông ngay.

2. Xử trí

Nghỉ ngơi, giữ ấm, nâng cao thể trạng là chính, đảm bảo mũi thở thông bằng cách:

- Xì mũi hay hút sạch các chất ứ đọng trong hốc mũi.
- Rửa mũi bằng ephedrin 1-3%, naphthazolin 0,5 - 1%, sulfarin, argyrol 1-3%.
- Xông hơi nước nóng bằng các thuốc có tinh dầu thơm như bạc hà, khuynh diệp.

– Khí dung với các thuốc co mạch, cortison, tăng cường vitamin C.

Không cần sử dụng kháng sinh toàn thân.

VIÊM MŨI CẤP TRONG CÁC BỆNH NHIỄM KHUẨN - LÂY

Các bệnh nhiễm khuẩn lây như cúm, sởi, bạch hầu... thường gây viêm mũi cấp, đặc biệt ở trẻ em.

1. Chẩn đoán

Viêm mũi thường là triệu chứng sớm báo hiệu, xuất hiện vài ngày khi khởi phát bệnh.

Các triệu chứng chính là ngạt tắc mũi và chảy nước mũi, mức độ nặng nhẹ tùy từng bệnh.

Do sởi: khi sởi mọc, mũi ngạt tắc, chảy nước mũi trong loãng, nhiều. Khi hết sốt, sởi bắt đầu lặn, chảy nước mũi thành mủ nhầy và giảm dần.

Khi sởi bay hết, viêm mũi có thể tự khỏi nhưng cũng có thể thành viêm mũi mạn tính gây bọt, loét vùng cửa lỗ mũi, gây xơ, sẹo mũi.

Do cúm: các triệu chứng ở mũi thường có sớm: ngứa, cay trong mũi, hắt hơi, ngạt tắc tăng dần, chảy nước mũi loãng, trong có thể lẫn dây máu khi xì mạnh, kèm theo nhức đầu, đau mỏi mình mẩy, sốt.



Thường sau vài ngày các triệu chứng toàn thân qua đi; ngạt tắc mũi giảm dần; chảy nước mũi ít đi dần và tự khỏi.

Nếu có bội nhiễm có thể thành viêm mũi mạn, viêm xoang.

Do bạch hầu: thường sau bạch hầu họng

Mũi ngạt, tắc cả hai bên, rõ rệt làm trẻ phải thở bằng miệng; chảy mũi nhầy, dính, thường có lẫn dây máu. Các triệu chứng của bạch hầu cũng rõ rệt: trẻ mệt lả, thể trạng nhiễm khuẩn, nhiễm độc, ho, tiếng ho ông ồng. Nếu bạch hầu lan xuống thanh quản gây khó thở, có thể ngạt thở thường phải mở khí quản sớm.

Khám mũi: mũi nhiều xuất tiết nhầy, niêm mạc phù nề, cuốn dưới nề rõ, có thể thấy hốc mũi có các giả mạc trắng, đục, dai, dính, khó lấy giống như giả mạc ở họng. Cửa lỗ mũi thường bị rạn loét nông.

2. Xử trí

Trước hết đảm bảo mũi thông thoáng, không để dịch, mủ hay giả mạc ứ đọng, cuốn dưới được co hồi tốt.

Trong các trường hợp bội nhiễm nặng, cần rửa mũi hay khí dung với dung dịch kháng sinh + corticoid, khi có giả mạc cần cho dung dịch alphachymotrypsin.

- Điều trị bệnh nhiễm khuẩn lây là chủ yếu.
- Chú ý nâng cao sức đề kháng, cho vitamin, nghỉ ngơi.

VIÊM MŨI XUẤT TIẾT

Thường gặp ở trẻ em do viêm V.A, V. A quá phát hay do viêm mũi cấp tái diễn nhiều lần.

Trong viêm mũi xuất tiết, niêm mạc mũi trở nên dày, mất dần lông chuyển, cuốn dưới cương to, sung huyết; các tuyến nhầy phát triển và hoạt động quá mức.

1. Chẩn đoán

Hai triệu chứng chính là ngạt và chảy mũi nhầy:

- Ngạt mũi: thường hai bên, tăng khi thay đổi thời tiết hoặc cơ thể suy yếu.
- Chảy mũi nhầy, liên tục, nhiều, chất nhầy có thể đục, nhưng không có mùi hôi. Mũi nhầy chảy xuống họng gây ho kéo dài, có thể khàn tiếng.

– Khám mũi: da cửa lỗ mũi trước nề đỏ, có vết nứt, niêm mạc mũi nề, cuốn dưới to, đỏ làm hẹp đường thở nhưng còn co hồi tốt với thuốc gây co. Sàn mũi và khe dưới ứ đọng nhiều dịch nhầy.

Nếu không được điều trị sẽ đưa đến viêm mũi quá phát, cũng thường gây viêm xoang mạn, viêm họng mạn, viêm thanh, khí phế quản hoặc viêm tai giữa.

2. Điều trị

– Tại chỗ: hút sạch nhầy, rửa mũi bằng các thuốc co mạch như ephedrin 1-3%, naphthazolin 0,5%, và thuốc làm săn niêm mạc, sát khuẩn như argyrol 1-3% ngày vài lần.

Khí dung với hydrocortison.

+ Điều trị toàn thân: chống tụt tân bằng dầu cá, si-rê Iodotanic, si-rô calci...

+ Gửi chuyên khoa TMH để nạo V.A.

VIÊM MŨI QUÁ PHÁT

Là bệnh thường gặp ở cả người lớn và trẻ em.

1. Chẩn đoán

Diễn biến qua 3 giai đoạn, phân biệt qua mức độ ngạt tắc mũi và tình trạng cuốn dưới.

– *Ngạt tắc mũi*: là triệu chứng chính, lúc đầu ngạt mũi nhiều về ban đêm, khi thay đổi thời tiết, khi lạnh ẩm hay nóng bụi... khi ngạt bên này, khi bên kia. Ngạt mũi ngày càng tăng thành tắc mũi cả hai bên, nhất là về đêm, phải há miệng để thở nên thường hay bị khô rát họng, ngủ kém, có thể bị mất ngủ.

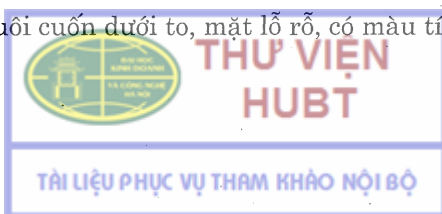
Thường có xuất tiết nhầy chảy xuống họng, dính vào thành sau họng, phải ho, khạc nhất là về sáng.

– *Khám mũi*: để xác định tình trạng cuốn dưới

+ Giai đoạn sung huyết: niêm mạc nề đỏ, cuốn dưới nở to làm hẹp hẳn đường thở nhưng khi đặt bông thấm xylocain cuốn dưới co lại tốt, khe thở thông.

+ *Giai đoạn quá phát*: cuốn dưới to, sát vào vách ngăn làm lấp đường thở, mặt gồ ghề, có màu xám nhạt, khi đặt bông thấm xylocain co hồi chậm và hạn chế.

Soi mũi sau: đuôi cuốn dưới to, mặt lỗ đỏ, có màu tím nhạt.



– *Giai đoạn thoái hóa*: cuốn dưới thoái hóa, mất vai trò tổ chức cương, luôn to, lấp đường thở, có màu trắng đục, gỗ ghê, hơi cứng; đặt bông thấm xylocain không co hồi.

Đuôi cuốn dưới to, mặt gỗ ghê, màu xám đục, thò ra cửa lỗ mũi sau, che lấp phần lỗ mũi sau.

Viêm mũi quá phát ngày càng nặng lên do tắc mũi cả hai bên gây mất ngủ, nói giọng mũi kín.

Dễ gây viêm họng, viêm thanh quản, khí quản.

2. Xử trí

* *Tại chỗ*

– Giai đoạn sung huyết: có thể tiêm vào cuốn dưới các chất gây xơ hay corticoid.

– Ở giai đoạn quá phát, đốt cuốn dưới bằng điện 1 chiều hay bằng đông lạnh như nitơ lỏng.

– Nếu đã bị thoái hóa phải làm phẫu thuật cắt bỏ bờ tự do cuốn dưới hay cắt đuôi cuốn dưới.

* *Cần giải quyết các nguyên nhân như*: nạo V.A, cắt amidan, xén bỏ các lệch hình vách ngăn.

* *Điều trị toàn thân*: chống cơ địa dị ứng, tạng tân, ức chế giao cảm

VIÊM MŨI VẬN MẠCH

Rất thường gặp tuy ở nước ta còn ít được chú ý đến, trước đây thường được coi là viêm mũi dị ứng không thấy dị nguyên đặc hiệu.

1. Chẩn đoán

Bệnh thường diễn biến thành từng đợt như viêm mũi dị ứng, xuất hiện khi thời tiết thay đổi, khi cơ thể suy yếu, mất thăng bằng.

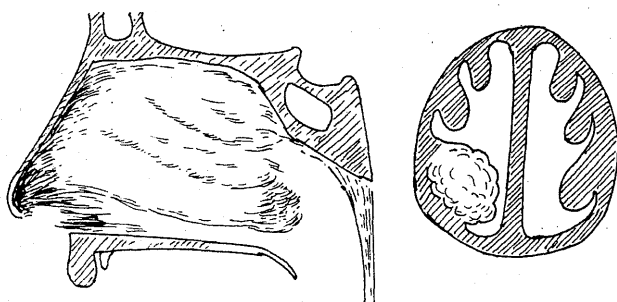
Triệu chứng chính là ngạt tắc mũi với mức độ khác nhau tùy từng người; có thể ngạt tắc mũi liên tục nhưng thường từng lúc, nhiều về đêm: có thể ngạt tắc cả hai hốc mũi nhưng ban đầu thường gặp là lúc ngạt bên này lúc ngạt bên kia, theo tư thế đầu, tăng khi nằm.

Ngoài ngạt tắc mũi cũng gặp chảy nước mũi, thường không nhiều, nước mũi loãng, trong hoặc nhầy, khi bội nhiễm thành mũi mủ, có thể chảy xuống cả thành họng.

Ở một số người còn gặp hắt hơi, ngứa mũi, thường xuất hiện khi bị lạnh, ẩm, tiếp xúc với hơi, mùi lạ.

Soi mũi: cuốn dưới thường nề, to, nhẵn, còn co hồi với thuốc gây co, không thấy hiện tượng niêm mạc nhợt màu như trong viêm mũi dị ứng.

Đặc biệt khi soi mũi sau thấy đuôi cuốn giữa và nhất là đuôi cuốn dưới thay đổi rõ: có thể nề, nhẵn hay quá phát, sần sùi, đổi màu; khe giữa thường thấy nề hay có ít xuất tiết nhầy.



Hình 12: Thoái hóa đuôi cuốn

2. Xử trí

Nội khoa:

- Tại chỗ: rửa mũi, khí dung bằng các thuốc co mạch + corticoid.
- Toàn thân: cho kháng histamin tổng hợp như chlorpeniramin, thiantan, teldan... với liều tăng dần.
 - + Corticoid như prednisolon, dexaméthason, bétamethason... với liều giảm dần.
 - + Ức chế thần kinh giao cảm như belladon, ecgotamin.

Ngoại khoa: cắt bỏ hay hủy diệt dây thần kinh Vidien bằng nhiệt hay đông lạnh qua vi phẫu mũi xoang.

VIÊM XOANG CẤP

I. VIÊM XOANG TRƯỚC CẤP

Viêm xoang trước cấp thường là viêm một hoặc cả nhóm xoang trước, gặp ở cả người lớn và trẻ em với tỷ lệ khá cao.

1. Chẩn đoán: dựa trên các triệu chứng.

- Thường chỉ thấy mệt mỏi, sốt nhẹ nhưng cũng có trường hợp thường ở trẻ em sốt cao thể trạng nhiễm khuẩn rõ.
- Đau vùng mặt là dấu hiệu chính, thường đau về sáng do đêm bị ứ đọng xuất tiết, đau thành từng cơn, gây nhức đầu.
- Ngạt tắc mũi: tùy theo tình trạng viêm, ngạt tắc mũi một hay cả hai bên, mức độ vừa, nhẹ, từng lúc hay tắc mũi liên tục gây mất ngủ.
- Chảy mũi mủ màu vàng đục làm hoen bẩn khăn tay, có mùi hôi, khi xì mạnh thường gây đau và lẫn tia máu.
- Khi ấn ngón tay ở mặt trước xoang gây đau: cụ thể vùng hố nanh với xoang hàm, điểm Grundwald (Grun-oan): ấn góc trên trong hốc mắt với xoang sàng và điểm Ewing (Euynh): ấn đầu trên trong lông mày với xoang trán.
- Trên phim Blondeau thấy xoang bị mờ đều, mờ đặc hay có vùng đặc phía dưới.

2. Xử trí

- Nghỉ ngơi, tránh các yếu tố kích thích.
- Đảm bảo dẫn lưu tốt mũi xoang, rửa mũi với các thuốc co mạch sulfarin-naphthazolin để đảm bảo thông thoáng: xì mũi hoặc hút để tránh ứ đọng.
- Tại chỗ: xông hơi nóng với các tinh dầu thơm, khí dung với kháng sinh và corticoid ngày 1 đến 2 lần.
- Toàn thân: dùng kháng sinh nếu có sốt cao, nhiễm khuẩn rõ. Uống hoặc tiêm trong 5 đến 7 ngày và cho thêm vitamin C.

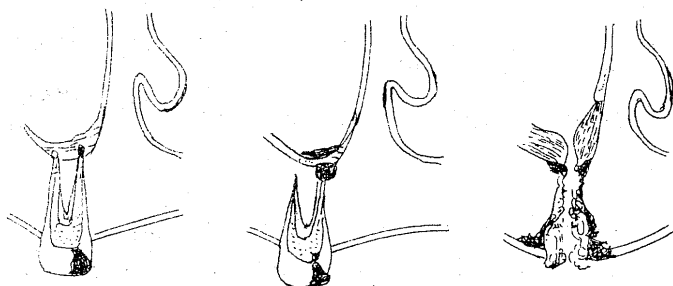
II. VIÊM XOANG HÀM DO RĂNG

Xoang hàm có liên quan chặt chẽ với các răng hàm trên, chủ yếu là các răng 4, 5, 6 nên viêm xoang hàm do răng rất thường gặp.

1. Chẩn đoán

Thường chỉ gặp viêm xoang hàm một bên với các triệu chứng:

- Đau vùng xoang hàm khá dữ dội, đau tăng rõ khi ấn vào hố nanh bên xoang bị viêm.



Chân răng sâu
lấn vào xoang

U hạt chân răng
lấn vào xoang

Lỗ rò xoang
sau nhổ răng

Hình 13: Viêm xoang do răng

- Chảy mũi mủ đặc có màu bẩn, lỏng nhớt như bã đậu và thối rõ rệt.
- Vùng hố nanh có thể hơi sưng nề.
- Có thể có lỗ rò, chảy mủ vùng lợi chân răng, lỗ chân răng.
- Khám mũi: một bên hốc mũi nề, sung huyết, có nhiều mủ thối ứ đọng trong hốc, sàn mũi, khe giữa có nhiều mủ bám. Hốc mũi bên kia bình thường.

Răng: xem vùng lợi chân răng hàm trên có lỗ rò, chảy mủ thối hoặc có răng hàm trên đã nhổ, lỗ chân răng viêm tấy, chảy mủ.

Tìm xem có răng hàm cùng bên bị sâu, viêm cuống...

Khi có nghi ngờ cần chụp X.quang vùng chân răng để phát hiện.

2. Xử trí

- Cho kháng sinh đầy đủ để chống viêm cấp, khi đã ổn định cần chọc rửa xoang hàm sau đó giải quyết răng tổn thương để loại bỏ ổ viêm.

- Nếu niêm mạc xoang đã bị thoái hóa, xương quanh lỗ rò xoang - răng bị viêm mủn, chết cần phẫu thuật xoang lấy bệnh tích, nạo lỗ rò xoang - răng rồi bịt lấp.

III. VIÊM XOANG CẤP Ở TRẺ NHỎ

Viêm xoang cấp ở trẻ nhỏ nhất là ở hài nhi dễ gây hoại tử thành xương, đưa tới các biến chứng.

1. Chẩn đoán

Khác với ở người lớn, viêm xoang cấp ở trẻ nhỏ các triệu chứng toàn thân thường rầm rộ: sốt cao, thể trạng nhiễm khuẩn rõ rệt, kém ăn, kém ngủ.

- Triệu chứng cơ năng thường gặp là:

Ngạt tắc mũi rõ rệt một bên, thường gặp cả hai bên.

Đau nhức vùng xoang bị viêm, nhất là khi chạm, ấn vào mặt xoang viêm. Chảy mũi nhầy sau thành mũi đặc, hôi.

- Triệu chứng thực thể: tùy theo xoang bị viêm.

2. Xử trí

Cần cho kháng sinh liều cao, sớm, phối hợp với corticoid.

- Tại chỗ cần hút sạch xuất tiết, rửa ứ đọng ở mũi xoang, rửa thuốc co mạch, đảm bảo mũi thông thoáng.

- Khi có hiện tượng viêm tấy mủ, áp xe cần chích, tháo mủ sớm, tránh để tự vỡ thành lỗ rò, gây co rúm ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ.

- Khi đã ổn định, cần cân nhắc kỹ khi can thiệp bằng thủ thuật, phẫu thuật; chỉ nên làm tối thiểu tránh để không làm ảnh hưởng đến các mầm răng.

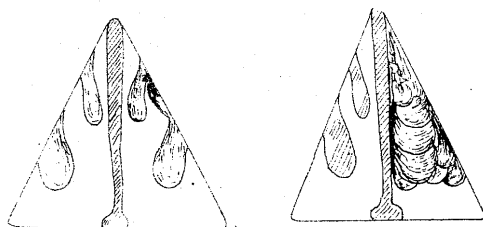
VIÊM ĐA XOANG MẠN

Do các xoang đều liên quan với nhau (thông qua xoang sàng) nên trong viêm xoang mạn ít gặp viêm xoang đơn thuần mà thường là viêm đa xoang.

1. Chẩn đoán

Viêm xoang mạn ít ảnh hưởng đến toàn trạng, không sốt, trừ các đợt hồi viêm, có thể có các rối loạn ở đường hô hấp hay đường tiêu hóa do mủ ở xoang gây nên. Chẩn đoán dựa trên ba triệu chứng chính:

- *Nhức đầu âm ỷ* hay thành cơn ở vùng trán hoặc má, thường nhức đầu vào buổi sáng do ứ đọng mủ trong xoang.
- *Ngạt tắc mũi* ngày càng rõ rệt do niêm mạc mũi phù nề, do mủ ứ đọng, do cuốn giữa thoái hóa và polyp.



Gờ Kauffmann ở khe giữa

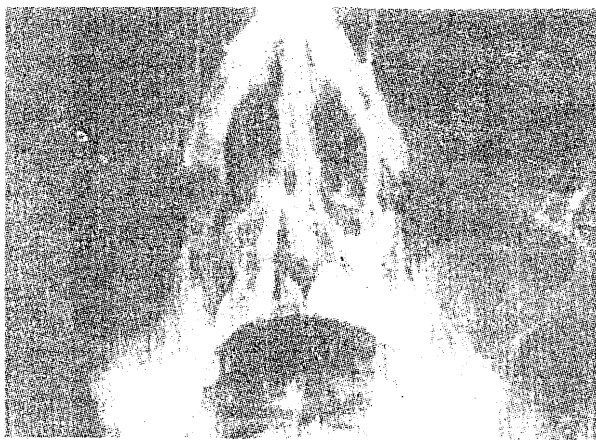
Polyp hốc mũi

Hình 14

– Chảy mũi mủ: thường xuyên, mủ có màu xanh hay vàng bẩn và có mùi hôi tanh.

Đồng thời thấy giảm hay mất ngủ, chủ yếu do phù nề, tắc mũi gây nên.

– Niêm mạc mũi phù nề, cuốn dưới nề nhưng còn co hồi được



Hình 15: Polyp trong xoang hàm

– Khe giữa luôn có mủ đọng, niêm mạc khe giữa bị nề, có thể phồng lên thành gờ Kauffmann (Kôpman) hoặc thoái hóa thành các khối polyp.

Cuốn giữa nề, thoái hóa như dạng polyp: to, lấp một phần hay cả hốc mũi, nhẵn, mềm, màu hồng nhạt.

Để xác định chẩn đoán nên thực hiện

– Chọc dò xoang hàm: có giá trị xác định, ngoài ra có thể tìm vi khuẩn trong mủ nhưng chỉ thực hiện được khi khối polyp hay cuốn giữa thoái hóa không quá to làm lấp lỗ thông mũi - xoang tự nhiên.

– Chụp X quang tư thế Blondeau và Hirtz thấy các xoang mờ đều hoặc mờ đặc do ứ mủ, thành xoang có viền do niêm mạc thoái hóa dày, có bóng mờ do có

polyp trong xoang. Các vách ngăn xoang sàng bị mờ hay mất đi. Có thể bơm chất cản quang vào xoang để thấy được các polyp, khối u. Phim cắt lớp vì tính với 2 tư thế coronal và axial cho thấy đầy đủ tình trạng mức độ tổn thương các xoang viêm.

2. Xử trí

Tại chỗ

- Cần rửa mũi thường xuyên, hút mũi mủ và các xuất tiết ứ đọng ở mũi để đảm bảo dẫn lưu từ xoang ra mũi được tốt.
- Nếu khe giữa chưa bị bít tắc, có thể thực hiện:
 - + Xông hơi bằng nước nóng và tinh dầu thơm.
 - + Khí dung để đưa dung dịch kháng sinh, corticoid vào các xoang.
 - + Kháng sinh, khi viêm xoang có mủ, nên dùng kháng sinh phổ rộng, lưu ý kháng sinh chống kỵ khí như metronidason, flagyl...

Toàn thân:

Thay đổi cơ địa dị ứng, cơ địa xuất tiết, nâng cao thể trạng.

Ngoại khoa

- Chọc rửa xoang hàm cho sạch mủ rồi bơm dung dịch kháng sinh và corticoid, thường cho kết quả tốt.
- Chỉ tiến hành phẫu thuật khi:
 - + Khe giữa bị bít tắc. Các khối polyp, cuốn giữa thoái hóa lấp, không đảm bảo sự dẫn lưu mũi xoang.
 - + Niêm mạc xoang bị thoái hóa có polyp trong xoang.
 - + Trong các trường hợp có tổn thương do răng.

VIÊM XOANG SAU MẠN

Thường gặp viêm xoang sàng sau kết hợp với viêm xoang bướm, được gọi chung là viêm xoang sau.

Các triệu chứng của viêm xoang sau thường tiềm tàng nhưng dễ gây nên các biến chứng mắt, khí phế quản.

1. Chẩn đoán

Diễn biến thường tiềm tàng, không có các đợt viêm cấp rõ rệt như các xoang trước.



Các triệu chứng chính thường gặp là:

- Nhức đầu: vùng thái dương - chẩm với viêm xoang sàng hay chẩm gáy và sau ổ mắt với viêm xoang bướm. Nhức đầu thường âm ỉ, thành từng đợt. Với viêm xoang bướm nhức đầu tăng khi nắng, nóng..
- Ngạt mũi thường nhẹ không rõ rệt, có thể chỉ ngạt từng lúc, khi nằm.
- + Mờ mắt: ở một số bệnh nhân thường mờ mắt đột ngột, tăng dần hoặc mờ mắt từng lúc, từng đợt.
- + Chảy mũi: không chảy ra trước qua lỗ mũi, chủ yếu chảy xuống họng làm bệnh nhân phải khịt, khạc nhổ luôn, thường là triệu chứng gây khó chịu chủ yếu. Chất chảy có thể là dịch, mũi nhưng thường là mũi nhầy, đặc quánh, bám chặt vào vòm và thành sau họng.
- + X.quang: tư thế Hirtz cho thấy xoang sàng, xoang bướm bị mờ, các vách ngăn tế bào sàng không rõ.
- + Phim cắt lớp vi tính cho thấy đầy đủ vị trí, tình trạng và mức độ tổn thương của xoang.

2. Viêm xoang sau thường đưa đến các biến chứng

- Viêm xoang hạt: do mũi từ mũi sau chảy xuống gây kích thích, khịt, khạc luôn, các hạt polyp quá phát gây nên.
- Viêm thanh quản mạn: thường bị từng đợt ho, khàn tiếng, kéo dài có thể thành hạt, hay polyp dây thanh.
- Viêm giãn khí phế quản: ho kéo dài, nhiều về đêm, khạc nhiều mũi nhầy (để lắng đọng thành 3 lớp).

Chụp X quang phổi có hình ảnh viêm giãn khí phế quản. Viêm giãn khí phế quản trên cơ sở viêm xoang sau được gọi là hội chứng Mounier Kuhn (Munie-cun). Nếu có thêm đảo lộn phủ tạng được gọi là hội chứng Kartagener (cactadène).

- Viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu: xem trong bài biến chứng viêm mũi xoang.

3. Xử trí

- Nội khoa: để đưa thuốc vào xoang sau phải làm phương pháp đổi thế Proetz (xem trong phần điều trị đại cương), thường dùng dung dịch kháng sinh, hydrecortison hay phối hợp kháng sinh và corticoid. Với xoang bướm có thể thực hiện thông rửa xoang bướm.
- Ngoại khoa: Khi đã điều trị nội không có kết quả, khi có biến chứng của viêm xoang cần tiến hành phẫu thuật: nạo xoang sau theo đường mũi, đường qua xoang hàm hay theo nội soi xoang.

BỆNH HỌNG - THANH QUẢN

VIÊM HỌNG CẤP

Viêm họng cấp thường được xếp làm 3 nhóm:

- Viêm họng xuất tiết hay viêm họng thông thường gồm: viêm họng đỏ và viêm họng trắng thường tính.
- Viêm họng giả mạc thường gặp nhất là viêm họng bạch hầu.
- Viêm họng loét như viêm họng Vincent (Vanh-xăng).

VIÊM HỌNG ĐỎ THÔNG THƯỜNG

Rất thường gặp về mùa lạnh, do virus nên lây lan nhanh. Các vi khuẩn thấy ở họng chỉ là bội nhiễm thêm. Các virus thường gặp là virus cúm và virus A.P.C.

1. Chẩn đoán

Bắt đầu đột ngột, bệnh nhân thấy ớn lạnh rồi sốt cao, nhức đầu và đau mỗi mình mẩy.

Kèm theo đau rát họng, cảm giác khô họng, khi nuốt, uống nước đau họng tăng lên, tiếng nói hơi khàn.

Ở trẻ em thường hay gặp sưng, đau hạch cổ.

Ở trẻ nhỏ thường kèm theo viêm mũi cấp được gọi chung là **viêm mũi họng cấp**.

Khám họng thấy toàn bộ niêm mạc họng đỏ, khô, đặc biệt là trụ trước và màn hầu; thành sau họng có thể thấy các mạch máu nổi rõ và ít hạt lympho nề đỏ, hai amidan sưng to, đỏ.

Nếu do virus cúm thì người bệnh đau mình mẩy, nhức đầu rõ, rát họng, ho khạc có thể ra dây máu.

Nếu do virus APC (Adeno Pharyngo Conjunctival) thường kèm theo viêm màng tiếp hợp, hạch cổ sưng to.

2. Xử trí

Cơ bản là nghỉ ngơi, giữ ấm, nâng cao sức đề kháng bằng vitamin C.

Điều trị triệu chứng là chính: giảm sốt, đau mỗi, nhức đầu bằng aspirin, A.P.C, analgin, paracetamol.

Chống đau rất họng bằng súc họng với dung dịch kiềm ấm như nước muối, dung dịch clorat kali 1% hoặc B.B.M pha gói 5g trong một cốc nước ấm. Súc họng ngày nhiều lần và mỗi lần ngâm lâu trong họng.

Bôi họng bằng glycerin borat 5%.

Với trẻ nhỏ cần rửa mũi bằng argyrol 1% hàng ngày.

Chỉ dùng kháng sinh trong các trường hợp có bội nhiễm, biến chứng.

VIÊM HỌNG VINCENT (VANH-XÃNG)

Viêm họng Vincent thuộc nhóm viêm họng loét, do vi khuẩn hình thoi và xoắn khuẩn sống ký sinh ở họng. Khi gặp điều kiện thuận lợi như cơ thể suy yếu, rối loạn dinh dưỡng, hay sâu răng, viêm amidan nó sẽ làm rối loạn dinh dưỡng niêm mạc họng và gây loét.

1. Chẩn đoán

Thường gặp ở người trẻ, bắt đầu một cách âm thầm: sốt nhẹ, mệt mỏi, cảm giác nóng rát họng, nuốt đau nhất là với chất rắn ở một bên họng. Khám họng thấy trên mặt amidan một bên có giả mạc trắng.

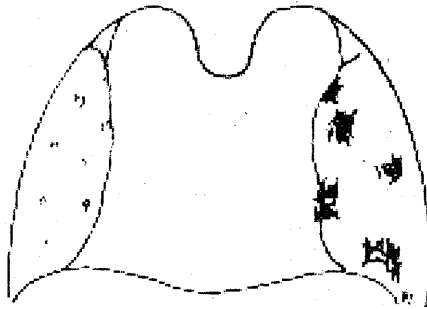
Giả mạc chỉ khu trú ở một bên amidan nhưng ngày càng lan rộng ra. Giả mạc dày, trắng đục, dễ lấy, không dai mà ngược lại dễ mủn, vỡ. Đặc biệt amidan bên kia vẫn bình thường (hình vẽ).

Giả mạc tự rơi ra để lại vết loét nông, bờ nổi gờ, thành đứng, đáy màu xám bẩn có chỗ hoại tử.

Có thể có sưng đau hạch sau góc hàm bên bệnh.

Với thể nặng có sốt cao, hạch cổ sưng to và đau, amidan bên bệnh sưng to, các trụ và màn hầu nề, vết loét rộng, đáy hoại tử rõ.

Nuốt đau rõ rệt, hơi thở hôi.



Hình 16: Viêm họng Vincent

2. Xử trí

- Toàn thân: điều trị bằng penicilin 1-2 triệu đv/ngày hoặc rovamycin 3 đến 6 triệu đơn vị/ngày.
- Tại chỗ: ngâm viên penicilin hoặc bôi vết loét bằng dung dịch penicilin 20.000đv trong 1ml. Hoặc bôi bằng glycerin sulfasenobenzon 1%. Khí dung với penicilin ngày vài lần.

VIÊM HỌNG DO LIÊN CẦU

Viêm họng do liên cầu, đặc biệt liên cầu tan huyết β nhóm A thường đưa tới các biến chứng thấp tim, viêm thận... rất cần được lưu ý.

1. Chẩn đoán

Bệnh khởi phát thường râm rộ: sốt cao, có rét run hay ớn lạnh, thể trạng mệt mỏi rõ rệt, nhức đầu nhiều. Ở trẻ nhỏ hay gặp rối loạn tiêu hóa: ỉa chảy, nôn...

Đau họng rõ rệt, nuốt đau.

Bao giờ cũng có sưng hạch góc hàm hai bên.

Đặc biệt không kèm các triệu chứng về mũi và thanh quản như ngạt tắc, chảy nước mũi, ho, khàn tiếng...

Khám họng: niêm mạc họng đỏ, có thể có chấm ban đỏ sẫm, đặc biệt lưỡi gà sưng to, đỏ sẫm. Trên mặt amidan hoặc cả thành sau họng có các bọt trắng nhợt, không dính, lấy bỏ dễ dàng, dưới không có loét.

Khám mũi, thanh quản không có biến đổi gì.

- Quệt họng để soi cấy tìm vi khuẩn, đặc biệt thấy loại liên cầu tan huyết β , nhóm A.
- Tốc độ lắng máu tăng cao rõ, có thể có albumin trong nước tiểu.
- Diễn biến thường kéo dài 10 ngày mới hết hẳn, nếu kéo dài hơn sẽ dễ gây biến chứng viêm thận, bệnh Osler, thấp tim ở tuần thứ hai, thứ ba.

2. Xử trí

Bắt buộc phải cho kháng sinh liều cao, vitamin C; theo dõi ít nhất 10 ngày sau để phát hiện kịp thời các biến chứng.

HERPES HỌNG

Là bệnh ở họng và miệng do virus ái thần kinh gây ra, thường gặp ở người lớn

1. Chẩn đoán: bệnh bắt đầu râm rộ

- Sốt cao 40° hay trên 40° , thường có rét run.
- Nhức đầu, mệt mỏi cơ thể.
- Đau họng rõ rệt, đau rát từng vùng ở họng, miệng, đau có thể lan lên tai, đau tăng khi ăn, nuốt, ngay cả khi nuốt nước bọt nên thường ứ đọng nước bọt, hơi thở hôi.
- Khám họng: khi mới khởi phát có thể thấy được các mụn nước nhỏ, trong, thành từng đám ở trụ trước amidan, có thể thấy cả ở mặt amidan, màn hầu và niêm mạc quanh miệng.

Mụn nước vỡ, lan ra hợp với nhau thành những mảng loét không đều, trên mặt có lớp giả mạc mỏng, trắng. Đôi khi có thể thấy cùng với các vết loét có giả mạc, còn có các đám mụn nước mới mọc khác.

Các đám herpes trên cũng có thể lan ra ngoài môi, cửa mũi và cả đám herpes ở da vùng mắt, má, bộ phận sinh dục.

Ở trẻ nhỏ dưới 5 tuổi, có loại virus khác với herpes cũng gây nên bệnh cảnh tương tự như herpes với các đám mụn nước ở họng, miệng mà khi vỡ ra tạo thành những đám loét tròn, có giả mạc trắng xám gọi là bệnh Herpangine (Hec-pan-gin).



Nói chung bệnh diễn biến nhanh và lành tính: sau vài ngày người bệnh sẽ hết sốt, các giả mạc bong, vết loét trở lại bình thường dần; sau một tuần đến 10 ngày thì khỏi hẳn, ít khi có biến chứng.

2. Xử trí

- Chủ yếu giữ vệ sinh họng, miệng.
- Bôi họng bằng glycerin borat 5%.
- Cho thuốc hạ nhiệt, giảm đau như aspirin, phenacetin, vitamin C.
- Nếu có sốt cao, nhiễm trùng có thể cho Aureomycin.

BỆNH APHTE (APTƠ) HỌNG

Thường gặp ở phụ nữ và người trẻ, các bệnh tích thấy ở họng, miệng (thường ở miệng là chính).

Hiện chưa xác định được virus, các yếu tố thuận lợi thường là: viêm nhiễm mạn ở họng, miệng; rối loạn tiêu hóa, thai nghén...

1. Chẩn đoán

Thường không có ảnh hưởng toàn thân. Nếu bắt đầu có sốt cao, nhức đầu, mệt mỏi... được gọi là sốt Aphte và đã phân lập được virus gây bệnh.

Chủ yếu dựa trên bệnh tích thực thể ở họng, miệng.

Bắt đầu bằng mụn nước ở niêm mạc miệng, thường ở đầu lưỡi, môi, má. Mụn nước sau vài giờ vỡ ra để lại vết loét nông hình tròn hoặc hình trứng, to bằng hạt đậu xanh, đáy vàng, quanh có viền một vòng đỏ.

Vết loét gây đau, sốt làm ảnh hưởng nhiều đến ăn uống. Vết loét có thể lan rộng hoặc có các mụn nước và vết loét ở các nơi khác. Ở trẻ em thường kèm theo Aphte ở bộ phận sinh dục, nhất là trẻ gái.

Thường kéo dài 1-3 tuần rồi tự khỏi.

2. Xử trí

Không có điều trị đặc hiệu.

Cho hạ nhiệt, giảm đau bằng paracetamol.

Dùng corticoid liều cao trong 5, 7 ngày cho tác dụng tốt.

Bôi họng bằng mỡ fluoxin.

Cho vitamin C liều cao.

VIÊM V.A CẤP

Viêm V.A cấp thường gặp ở trẻ nhỏ, tái phát luôn nên còn được gọi là viêm mũi họng tái phát thường xuyên. V.A là bệnh tích gây viêm đường hô hấp chủ yếu ở trẻ nhỏ như viêm mũi, xoang, họng, thanh - khí - phế quản và viêm tai giữa.

1. Chẩn đoán

Trong đợt viêm V.A cấp, trẻ thường sốt, mệt mỏi, kém chơi, bỏ ăn, quấy khóc. Có thể gặp sốt cao, nôn, trớ, ỉa chảy...

- Ngạt tắc mũi là triệu chứng chính có sớm; ngạt mũi ngày càng tăng, cả hai bên làm trẻ phải há mồm để thở, thở có tiếng khụt khịt, dễ bị sặc khi ăn uống, bú, ngủ không được.

- Chảy mũi nhầy: màu trắng, đục, chảy nhiều cả mũi trước và mũi sau dễ gây cơn ho, sặc.

- Khám mũi: hốc mũi, khe dưới, sàn đáy mũi nhầy, niêm mạc nề đỏ, cuốn dưới cương to nhưng co hồi tốt.

- Họng: niêm mạc đỏ, thành sau họng có dải mủ nhầy trắng đục chảy từ vòm xuống, đặc, dính.

- Tai: màng tai đục, mất tam giác sáng, hơi lõm vào.

- Thường gặp sưng hạch dưới hàm, góc hàm.

- Ở trẻ lớn nếu soi được mũi sau sẽ thấy vòm nhiều mủ nhầy bám, V.A sùi to, mặt và các khe đầy mủ bám.

*** Biến chứng**

Các đợt viêm V.A cấp dễ đưa tới các biến chứng, nhất là ở trẻ nhỏ, yếu. Thường gặp:

- Viêm mũi - xoang cấp, viêm họng, thanh quản cấp, viêm khí - phế quản, viêm phổi, viêm tai giữa cấp - viêm tai giữa ứ dịch, áp xe thành sau họng.

2. Xử trí

- Giữ ấm, nghỉ.

- Nếu có sốt cao, đe dọa có biến chứng thì cho kháng sinh, hạ nhiệt.

- Rửa mũi (sau khi cho xì hay hút sạch mũi nhầy ứ đọng) với sulfarin 1%, argyron 1%, có thể pha lẫn argyroephe-drin 1%, ngày rửa vài lần.



V.A QUÁ PHÁT

1. Chẩn đoán

Không khó, nhất là khi gia đình có chú ý theo dõi.

– Ngạt mũi, khó thở là chính, do V.A to che lấp lỗ mũi sau gây ngạt tắc mũi thường xuyên, tăng về đêm. Khi ngủ trẻ thở khục khịt rõ, há mồm để thở, ngủ không sâu, giấc ngủ không dài. Có thể đưa tới tắc, ngừng thở ngắn khi ngủ.

– Khi bú, ăn dễ bị sặc hay nôn trớ.

– Nghe kém: do bán tắc hay tắc hoàn toàn vòi Eustachi. Trẻ thường chậm biết nói, nói ngọng kéo dài, lơ đãng, kém phát triển trí tuệ.

– Soi mũi trước: nếu mũi sạch, không viêm nề, đặt thuốc co hồi thật tốt, nhìn dọc theo sàn mũi ra phía sau có thể thấy khối sùi hồng nhạt, mềm. Khi nuốt sẽ thấy rõ hơn vì V.A bị đẩy lên trên.

Trẻ có V.A quá phát thường hay bị viêm V.A đợt cấp, dễ đưa tới viêm đường hô hấp dưới.

– Nếu để kéo dài dễ đưa tới bộ mặt V.A với: mũi hếch, gầy, môi dày, luôn hở miệng, hàm trên vẩu; hàm dưới lẹm; hàm ếch lõm cao lên trên.

– Nếu V.A quá to có ngừng thở ngắn khi ngủ, dễ đưa tới suy tim, tắc thở.

2. Xử trí

Cần được nạo V.A sớm

VIÊM AMIDAN CẤP

1. Chẩn đoán

Đợt viêm amidan cấp thường phát hiện không khó và người bệnh cũng tự biết.

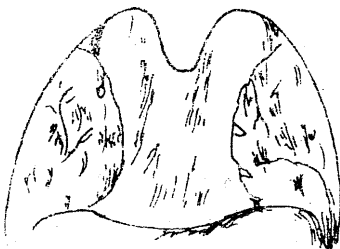
Người mệt mỏi, kém ăn, có cảm giác ớn lạnh.

– Sốt: ở trẻ em và thể nặng thường sốt cao 39 - 40°C.

– Đau họng: cảm giác khô, nóng, rát họng, sau đó đau nhói tại chỗ hay đau lan lên tai, đau tăng khi nuốt.

- Ho: thường có ho do xuất tiết nhầy ở họng, có khi ho từng cơn do kích thích.
- Giọng nói có thể thay đổi: khàn tiếng
- Ở trẻ em thường thở khò khè, ngáy to.
- Hơi thở hôi.
- Hai amidan to ra, đỏ, ướt, có thể thấy mạch máu nổi rõ hoặc có các chấm mủ trắng ở các khe, có khi thành đám như giả mạc nhưng lấy ra dễ dàng, tan trong nước.
- Trụ trước sung huyết thành nẹp đỏ rực.
- Trụ sau cũng đỏ, nề dày lên.
- Thường kèm theo viêm họng, niêm mạc họng đỏ, thành sau họng có xuất tiết nhầy.

Khi có giả mạc hay nhiều chấm mủ, cần phân biệt với bạch hầu họng (thể trạng nhiễm trùng rõ rệt, và nặng hơn, giả mạc xuất hiện trên mặt amidan và ở các nơi khác trong họng, khó lấy, dễ gây chảy máu, không tan trong nước).



Hình 17: Viêm amidan cấp

2. Tiến triển và biến chứng

Thường đợt viêm cấp thì sẽ tự khỏi. Diễn biến khoảng 1 tuần, sau 3 - 4 ngày thì bệnh nhân hết sốt, các triệu chứng cơ năng giảm dần. Nhưng bệnh hay tái phát và có thể gây nên các biến chứng như:

- Tại chỗ: gây áp xe quanh amidan hay áp xe thành bên họng.
- Kế cận: thường gây viêm mũi họng, viêm tai giữa cấp, viêm thanh quản cấp, ở trẻ em hay gặp viêm khí - phế quản.
- Xa: có thể gây viêm cầu thận cấp ở trẻ em, thấp khớp cấp. Với loại liên cầu tan huyết β nhóm A thì dễ gây nên thấp tim, bệnh Osler.

2. Xử trí

- Tại chỗ: súc họng bằng dung dịch kiềm như dung dịch clorat kali 1%, và nước muối ngày nhiều lần.

- Bôi họng: bằng glycerin iod 1% hay SMC.
- Nhỏ mũi: vì thường kèm theo viêm mũi họng.
- Toàn thân: khi có dấu hiệu nhiễm trùng, sốt cao thì cần dùng kháng sinh uống hoặc tiêm và vitamin C.
- Nghỉ ngơi, giữ ấm, tránh dùng các chất kích thích.

VIÊM HỌNG TRONG TĂNG BẠCH CẦU ĐƠN NHÂN TO

Trong nhóm bệnh viêm họng trong các bệnh máu, viêm họng trong tăng bạch cầu đơn nhân to thường gặp.

Bệnh thường được gọi là viêm họng Môncyte hay bệnh Pfeiffer (Phai-phơ).

Thường gặp ở trẻ lớn, do virus, dễ lây, tiên lượng tốt.

1. Chẩn đoán

Lâm sàng: bắt đầu giống như các bệnh nhiễm trùng thường gặp ở trẻ em với: sốt, mệt mỏi, kém ăn ...

Sau đó hai triệu chứng cơ bản là:

- Viêm họng: xuất hiện sớm.

Niêm mạc họng và amidan đỏ, trên mặt amidan có phủ lớp màng trắng mỏng. Đôi khi amidan sưng to gây khó nuốt, nuốt đau, đau nhói lên tai.

- Sưng hạch: các nhóm hạch cổ: nhóm cảnh, dưới hàm, cột sống ... đều sưng (không to lắm), mềm, di động không đau, không có viêm xung quanh).

Đôi khi hạch nách, bẹn cũng sưng.

Cận lâm sàng: để xác định chẩn đoán

- Công thức máu, huyết đồ.

+ Bạch cầu tăng vừa: 10 đến 50.000; tỷ lệ giữa tế bào đa nhân và đơn nhân gần như nhau. Bạch cầu đơn nhân tăng chiếm tới 50% bạch cầu, trong đó có nhiều tế bào đơn nhân lớn.

+ Hồng cầu, tiểu cầu bình thường.

- Tủy đồ: bình thường.

- Phản ứng huyết thanh Paul Bunel (Pôn-Bunen) dương tính.

Diễn biến: bệnh có thể tự khỏi nhưng thời gian bình phục kéo dài (một vài tháng) và dễ tái phát.

2. Điều trị

Với thể bình thường: chỉ cần điều trị như viêm họng đỏ: nghỉ ngơi, súc họng bằng dung dịch kiềm ấm, bôi họng với glycerin borat.

Với thể nặng: có loét, có giả mạc thì phải dùng thêm:

- Kháng sinh: aureomycin.
- Bôi họng: xanh methylen.
- Vitamin C, D₂ liều cao.

ÁP XE THÀNH SAU HỌNG

Áp xe thành sau họng là viêm tấy, tụ mủ ở khoang Henké hay khoang sau họng.

Chủ yếu gặp ở trẻ nhỏ dưới 2 tuổi, do viêm tấy mủ hạch lympho Gillete nằm trong khoang này. Hạch Gillete sẽ teo nhỏ dần và mất đi sau 2 tuổi.

1. Chẩn đoán

- Trẻ đang bị viêm V.A cấp hay viêm mũi họng cấp đột nhiên sốt cao, thể trạng nhiễm trùng, mệt mỏi, quấy khóc nhiều.

- Khó nuốt là triệu chứng cơ bản, có sớm và rõ rệt:

+ Lúc đầu khó nuốt do nuốt đau.

+ Sau khối áp xe hình thành, to lên: không chỉ nuốt đau tăng mà gây nuốt vướng, tắc.

Do nuốt đau, nuốt vướng nên trẻ không bú, ăn uống được. Trẻ đói, đòi bú, ăn nhưng nuốt đau nên khóc thét, nhả ra, sữa bị sặc lên mũi hoặc vào đường thở dưới gây ho, sặc sụa. Trẻ luôn luôn có ứ đọng, chảy nước dãi.

- Tiếng khóc, nói lúc đầu không rõ, sau khàn có thể không ra tiếng.

- Khó thở: lúc đầu thở vướng, khô khè, khi khối áp xe to làm cản trở đường thở sẽ gây khó thở, thiếu thở, có thể dẫn tới tím tái. Nếu khối áp xe thấp, lan xuống vùng hạ họng - thanh quản thì sẽ có khó thở thanh quản, đặc biệt có thể có các cơn ngạt, ngừng thở nhất là khi bị kích thích.

- Hạch cổ thường sưng to, đau làm bệnh nhân luôn cúi cổ.

- Do thiếu ăn, thiếu thở nên thể trạng suy sụp rõ: mệt lả, gây sút, khóc không ra tiếng, khó thở, tím tái, có cơn ngừng thở, thở ngáp.



– Khám họng: để xác định tình trạng, vị trí khối áp xe thành sau họng, nhưng phải hết sức thận trọng, nhẹ nhàng và nhanh chóng khi sờ lưỡi vì có thể gây cơn ngừng thở dẫn tới tử vong.

+ Thành sau họng bị khối áp xe đẩy phồng, căng, mềm, nó thường ở chính giữa, có thể hơi lệch sang bên; có thể khối áp xe ở thấp dưới tấm đáy lưỡi, khó nhìn thấy rõ.

+ Không nên dùng đè lưỡi hay ngón tay đè, ấn trên chỗ phồng vì khối áp xe có thể tự vỡ, mủ trào vào đường thở dưới gây sặc, ngạt thở, tử vong.

2. Xử trí

Khi ổ áp xe chưa hình thành rõ

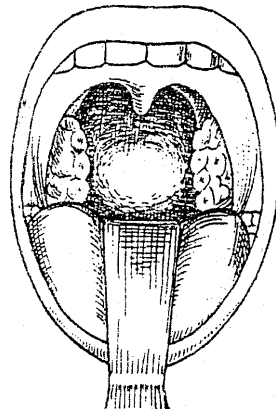
- Điều trị với kháng sinh liều cao, phổ rộng, phối hợp corticoid chống viêm, phù nề.
- Theo dõi sát sao.

Khi ổ áp xe đã hình thành

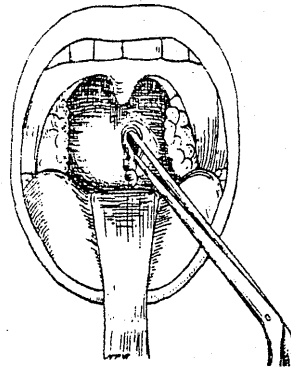
– Cần được chỉch tháo mủ dẫn lưu: dùng kẹp Lubet Barbon (Lu-bê-bac-bông) hoặc kẹp Kocher (Kô-se) thẳng, không máu chọc trên đường giữa, nơi thấp của chỗ phồng áp xe kéo xuống vài mm rồi banh hai ngành để mở rộng lỗ chỉch cho mủ thoát ra.

Lưu ý: tránh không để mủ chảy xuống thanh - khí quản: bế giữ bệnh nhi chặt, đúng tư thế, úp đầu xuống khi thấy thuốc banh rộng để mủ trào ra hoặc có máy hút tốt, đầu ống hút rộng, hút được hết mủ.

– Sau chỉch tháo mủ cần kiểm tra lại vì ổ áp xe thành sau họng thường dễ tái phát.



Hình 18: Áp xe thành sau họng



Hình 19: Chỉch tháo mủ ổ áp xe thành sau họng

ÁP XE QUANH AMIDAN

Viêm tấy mủ quanh amidan do viêm amidan mạn, thường gặp ở thanh niên, người lớn, hiếm gặp ở trẻ em. Bệnh thường do vi khuẩn kỵ khí liên cầu nhất là liên cầu tan huyết β nhóm A gây ra khi cơ thể suy yếu, bị lạnh...

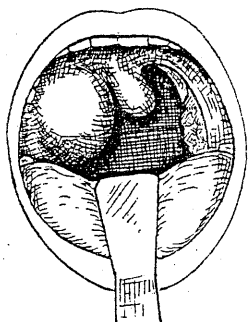
1. Chẩn đoán

- Trong đợt viêm amidan mạn:
 - + Sốt cao, người mệt mỏi, nhức đầu, thể trạng nhiễm trùng.
 - + Đau họng rõ rệt, ngày càng tăng, thường đau lan lên tai, đau tăng khi há mồm, khi nuốt nên bệnh nhân có ứ đọng nước bọt trong miệng, hơi thở hôi.
 - + Đặc biệt chỉ đau khu trú ở một bên họng.
 - + Nói giọng họng, không rõ tiếng.
 - + Thường có khít hàm, há miệng đau, hạn chế.
 - + Hạch góc hàm to và đau ở một hoặc cả hai bên.

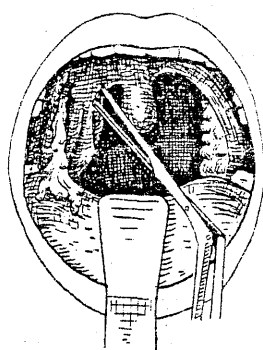
Khám họng

- Niêm mạc họng đỏ, thành bên họng đau, sưng tấy đỏ bầm.
- Tuỳ theo vị trí của ổ mủ có:

Thể trước trên: thường hay gặp nhất, ổ mủ ở vùng trước trên bao quanh amidan làm màn hầu và 1/3 trên trụ trước sưng phồng, căng, mềm, lún vào trong họng. Lưỡi gà cũng nề, tấy và bị đẩy lệch sang bên đối diện.



Hình 20: Áp xe amidan thể trước trên



Hình 21: Chích tháo mủ áp xe amidan

Amidan bên bệnh to, bị đẩy dồn vào trong và xuống dưới, mặt tự do bị che lấp một phần, phần còn lại có những đám mủ hay giả mạc trắng.

Thể sau: ổ mủ ở phía sau của bao amidan làm trụ sau phồng, tấy và bị đẩy lấn vào trong họng. Amidan bên đó bị đẩy ra trước gây nuốt khó, nuốt đau, lan lên tai rõ rệt.

Thể dưới: ổ mủ ở phía dưới bao amidan, thường gây viêm tấy cả amidan lưỡi nên ngoài sưng tấy, phồng một bên amidan, ta còn thấy đáy lưỡi, nếp lưỡi thanh thiệt cũng bị tấy đỏ, sưng thanh thiệt cụp xuống che lấp một phần thanh quản. Bệnh nhân thường đau tăng rõ rệt khi nuốt, khi cử động lưỡi, nói không rõ tiếng và khó thở nhẹ.

2. Xử trí

- Chỉ khi viêm tấy chưa thành túi mủ mới điều trị đơn thuần bằng kháng sinh liều cao, lưu ý cho kháng sinh chống vi khuẩn kỵ khí, đồng thời cho khí dung, bôi họng.
- Khi túi mủ đã hình thành, cần chích tháo mủ.

VIÊM TẤY MỦ HẠCH CỔ BÊN

Do viêm ở họng, miệng gây viêm tấy mủ hạch cổ bên, chủ yếu là hạch dưới góc hàm.

Bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ, nhưng cũng gặp cả ở trẻ lớn và người lớn.

1. Chẩn đoán

- Sốt cao, thể trạng nhiễm trùng, mệt mỏi. Đau một bên họng, nuốt đau, đau tăng khi nhai, khi há mồm.
- Đau cổ làm bệnh nhân phải ngoẹo cổ về bên bệnh khi cử động cổ thì đau tăng.
- Sưng tấy hạch dưới góc hàm một bên, có khi cả hai bên, nên đau thường lan cả ra nhóm hạch cảnh.
- Thành bên họng sau amidan sưng phồng đẩy vào trong rõ.
- Sau vài ngày, thấy sốt giảm nhưng thể trạng tồi hơn.
- Nuốt đau tăng lên rõ rệt, gây ứ đọng đờm dãi, hơi thở hôi. Có thể có xuất hiện khí hư hàm, nói không rõ tiếng và khó thở.
- Vùng góc hàm sưng phồng như một u nhỏ, ấn đau và có hiện tượng phù nề rõ, sau có thể viêm tấy lan rộng cả một vùng góc hàm, cổ bên.

2. Hướng xử trí

- Nếu viêm tấy chưa thành mủ, có thể chỉ cho kháng sinh: penicillin liều cao, phối hợp với propidon.

- Nếu đã tấy mủ, nhất thiết phải chích tháo mủ mà tốt nhất là rạch ngoài da vùng cổ bên.

+ Đường rạch đi theo bờ trước cơ ức - đòn - chũm, sau góc hàm, dài 2 - 3cm đủ để tháo, hút hết mủ.

+ Sau mổ, đặt bác dẫn lưu một vài ngày cho hết hẳn. Cho kháng sinh kéo dài 10 ngày (Penicilin + flagyl).

BỎNG HỌNG

Bỏng họng có thể gặp do:

- Nhiệt: nước sôi, nước nóng; chủ yếu gặp ở trẻ em.

- Hóa chất: dung dịch acid, kiềm uống vào do:

+ Uống nhầm: acid sulfuaric, nước Javel...

+ Cố tình uống để tự tử: do nhiều loại khác nhau.

1. Chẩn đoán

Các triệu chứng thường gặp:

- Đau dữ dội vùng miệng, họng.

- Khó nuốt và nuốt đau.

- Xuất tiết nhiều và ứ đọng nước bọt.

- Khám: niêm mạc họng, miệng đỏ, có các nốt phỏng nhỏ, sau thành từng đám giả mạc trắng, mỏng với các nốt đỏ sẫm và phù nề rộng của niêm mạc.

Riêng với hóa chất, nhất là các trường hợp uống do cố ý sẽ gây bỏng ở sâu như thực quản, dạ dày (xem bài bỏng thực quản) để đưa đến tình trạng choáng.

Trong chẩn đoán cần lưu ý:

Hỏi kỹ để xác định

- Chất gây bỏng, nồng độ hóa chất.

- Số lượng đã uống.



Với người uống để tự tử thì thường cố ý khai sai lệch chất và lượng đã uống, cần khai thác chu đáo.

Xác định tình trạng toàn thân để có xử trí cấp cứu đúng, kịp thời

2. Xử trí

Trong những giờ đầu phải lưu ý chống choáng thường do

- Đau, hoảng sợ
- Tổn thương, thủng các tạng sâu.
- Mất thăng bằng kiểm toán.

Tại chỗ

- Rửa, súc họng, miệng bằng nước muối loãng, ấm hay dung dịch trung hoà như dung dịch bicarbonat Na, nước chanh hay dấm loãng.

- Giảm đau: bôi hay cho ngậm dung dịch xylocain 1%.

Toàn thân

- Nếu nề đỏ, những nốt phỏng hoặc giả mạc, do hóa chất cần cho kháng sinh và corticoid tùy theo mức độ và tính chất tổn thương.

- Cho ăn thức ăn lỏng, lạnh; nếu cần thì cho ăn qua ống thông.

CHẤN THƯƠNG HỌNG

Chấn thương họng thường gặp ở trẻ em do cầm bút, que, đũa, đồ chơi nhọn, lúc chạy bị ngã đâm vào họng và các chấn thương do vũ khí, hỏa khí ở họng (ít gặp). Cũng cần phải kể đến trường hợp tự tử do cắt cổ cao (trên sụn giáp) vào vùng hạ họng.

1. Chẩn đoán

Cần hỏi tiền sử vì các triệu chứng thay đổi theo nguyên nhân và vị trí chấn thương.

Ở họng miệng hay gặp ở trẻ em do vật nhọn chọc vào vòm họng, hiếm khi vào hốc A hay thành sau họng. Có những đặc điểm sau:

- Chảy máu thường không nhiều và tự cầm.
- Khó nuốt, nuốt đau tùy theo mức độ chấn thương.
- Vết thương có thể xuyên qua hàm ếch làm thông mũi - họng.
- Nếu ở thành sau, có thể gây viêm tấy, áp xe thành sau họng.

Ở hạ họng: ít gặp nhưng nguy hiểm hơn, có thể từ ngoài vùng cổ vào thành vết thương hở. Có đặc điểm là:

- Khó thở cần được lưu ý do nhiều nguyên nhân: do sặc máu vào thanh khí quản, do tụt lưỡi, do phù nề, do tràn khí...
- Nuốt khó, nuốt đau rõ, rất dễ sặc vào thanh, khí quản.
- Nói khó: âm sắc không rõ, nếu do cắt cổ mà mở hẳn vùng hạ họng ra bên ngoài thì ảnh hưởng càng rõ dẫn đến mất tiếng.
- Chảy máu: thường không nhiều nhưng dễ vào khí quản gây ho sặc, khó thở cấp.

Tràn khí dưới da: thường rõ và tăng nhanh khi ho, nuốt, nói. Tràn khí có thể lan rộng lên mặt, xuống ngực, trước cột sống xuống tới trung thất. Vết thương thủng vùng hạ họng dễ đưa tới viêm tấy tổ chức liên kết vùng cổ, viêm tấy trung thất, viêm phổi.

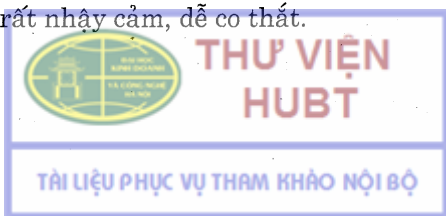
2. Xử trí

- Cần cho ăn, uống qua ống thông trong vài ngày để liền được vết thương xuyên thủng.
- Đặt ống nội khí quản hoặc tốt hơn là mở khí quản khi có khó thở và tránh tai biến sặc vào đường thở.
- Nếu vết rách trong họng rộng, có thể khâu làm hai lớp: lớp cơ và lớp niêm mạc.
- Nếu rách da, không nên khâu kín, cần đặt bác dẫn lưu, khâu thu hẹp vết rách.
 - + Nếu do cắt cổ cần lưu ý:
- Khâu theo từng lớp: niêm mạc, cơ, cân... lớp niêm mạc cần được khâu đúng và khít.
- Cần treo sụn giáp vào xương móng khi đứt màng giáp - móng.
 - + Nếu đến chậm, vết thương đã tấy mủ cần phải dẫn lưu tốt, cho kháng sinh (lưu ý đến kháng sinh kỵ khí)

KHÓ THỞ THANH QUẢN

Khó thở thanh quản là một chứng do nhiều bệnh hay nguyên nhân khác nhau.

- Thanh quản là nơi hẹp nhất của đường thở, tổ chức dưới niêm mạc lại lỏng lẻo, dễ phù nề, rất nhạy cảm, dễ co thắt.



– Khi thanh quản phù nề (viêm), bí tắc (giả mạc, dị vật), chèn ép (khối u) hay co thắt sẽ gây ra khó thở thanh quản.

– Khó thở thanh quản có thể xuất hiện từ từ, tăng dần hoặc đột ngột, cấp tính (hay gặp ở trẻ em) và nếu không chẩn đoán sớm, chính xác và xử trí kịp thời sẽ dễ đưa tới tử vong.

– Do đó khó thở thanh quản không thể coi là vấn đề riêng của chuyên khoa nào mà đòi hỏi thầy thuốc phải nắm vững và có thái độ xử trí đúng.

1. Chẩn đoán khó thở thanh quản

** Triệu chứng đặc hiệu*

- Khó thở chậm
- Khó thở thì thở vào
- Có tiếng rít ở thì thở vào.
- Tiếng nói, khóc, ho thay đổi.

Lưu ý:

- Trẻ nhỏ ở giai đoạn cuối cùng: khó thở thanh quản nhanh, ở cả hai thì.
- Khó thở do viêm, phù nề hạ thanh môn có đặc điểm: không có tiếng rít, nói khóc bình thường.

** Các triệu chứng chung*

- Có co kéo cơ hô hấp: co lõm thượng, hạ ức, khoang liên sườn.
- Có tím tái khi thiếu dưỡng khí nặng.

** Mức độ khó thở thanh quản*

Thường được phân làm ba cấp từ nhẹ đến nặng.

– Cấp I:

+ Chỉ khó thở rõ khi gắng sức (người lớn làm việc nặng, lên gác..., trẻ em khi quấy khóc).

+ Lúc yên tĩnh thì các triệu chứng khó thở không rõ, không đầy đủ.

+ Thể trạng tỉnh táo, không có tím tái.

– Cấp II:

+ Khó thở liên tục, thường xuyên (cả nằm yên và khi ngủ).

+ Có đầy đủ các triệu chứng của khó thở thanh quản.

+ Luôn ở trong tình trạng hoảng hốt, lo sợ, không yên.

+ Có các động tác thở phụ: ngửa cổ, há mồm.

- Cấp III
 - + Khó thở thanh quản không điển hình nữa.
 - + Do thiếu oxy lâu nên bệnh nhân dễ chuyển từ trạng thái kích thích thành ức chế: thờ ơ với ngoại cảnh, lơ đãng, phản ứng chậm, yếu.
 - + Thở nhanh, nông, nhịp thở không đều.
 - + Khó thở hai thì hoặc có lúc ngừng thở.
 - + Trẻ ngạt và thiếu thở dần đưa tới tử vong.

2. Xử trí

Tuỳ theo mức độ khó thở, nguyên nhân và thể trạng.

Vấn đề cơ bản là chỉ định mở khí quản đúng, kịp thời để cứu được tính mạng bệnh nhân.

- Mở khí quản được coi là một biện pháp cấp cứu và điều trị.
- Được thực hiện rộng rãi trong nhiều lĩnh vực và phạm vi khác.
- Trong khó thở thanh quản cấp II và III.
- Nguy cơ khó thở thanh quản kịch phát trong uốn ván, chấn thương.
 - + Nếu khó thở thanh quản cấp, không có điều kiện mở khí quản: thực hiện đặt ống nội khí quản hay chọc kim lồng to, ngắn qua màng giáp móng.

Nội khoa

- Khi khó thở thanh quản độ I, không có nguy cơ tiến triển nhanh.
 - + Corticoid: Khí dung hydrocortizon
 - Uống prednisolon, dexamethason
 - Tiêm depersolon.
- Kháng histamin: chlopheniramin - tecfast...
- Calci: uống hoặc tiêm bromua calci.; clorat calci.
- Chườm nóng vùng cổ: xông hơi nóng, giữ ấm.
- Cần nhắc dùng kháng sinh và kháng viêm

VIÊM THANH QUẢN CẤP THÔNG THƯỜNG

- Đây là loại hay gặp nhất do viêm long đường thở.
- Khởi đầu là một viêm mũi hoặc viêm mũi - họng xuất tiết rồi lan đến thanh quản.
- Thường hay gặp khi thay đổi thời tiết và vào mùa lạnh.

1. Chẩn đoán

Khởi phát: viêm mũi - họng xuất tiết với: sốt nhẹ, mệt mỏi, khô rát họng, chảy nước mũi, ngạt tắc mũi v.v..

Rõ rệt:

- Khàn tiếng: ngày càng rõ, có khi mất tiếng.
- Cảm giác ngứa rất hoặc kích thích như kim châm ở thanh quản gây nên ho.
- Ho: có khi ho từng cơn, lúc đầu ho khan sau có đờm nhầy hay mủ.

Diễn biến

- Có thể đưa tới khó thở thanh quản.
- Ở trẻ nhỏ dễ lan xuống gây viêm khí, phế quản, viêm phổi.

2. Xử trí

Cơ bản là nghỉ, hạn chế nói, giữ ấm.

Tại chỗ

- Đắp khăn nóng trước cổ
- Xông hơi nóng với tinh dầu thơm
- Khí dung với kháng sinh hay hydrocortison.
- Đồng thời rửa mũi, súc họng chống viêm họng.

Toàn thân:

- Thuốc giảm ho, giảm xuất tiết
- Kháng viêm, corticoid, kháng histamin.
- Vitamin C
- Nếu sốt cao, bội nhiễm: cho kháng sinh.

VIÊM THANH QUẢN HẠ THANH MÔN

Viêm thanh quản hạ thanh môn gần đây được lưu ý đến nhiều hơn. Bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ trước tuổi đi học (1-5 tuổi), nam nhiều hơn nữ.

Bệnh thường bị bỏ qua do không có khàn tiếng, khó thở cấp, nhanh chóng đưa tới viêm thanh-khí-phế quản.

Nếu được phát hiện sớm, xử trí đúng kết quả thường rất khả quan.

1. Chẩn đoán

Lâm sàng: thường gặp ở trẻ đang bị viêm mũi - họng hay viêm mũi thường xuất hiện về đêm.

- Khó thở: đặc biệt khó thở vào, với tiếng rít, co kéo nhưng không khàn tiếng.

Khó thở tăng nhanh, có thể đưa tới ngạt thở, tím tái; có thể có khó thở cả thì thở ra; thường thở nhanh do có ứ đọng ở khí - phế quản.

- Ho tiếng ho ông ông như chó sủa; tiếng khóc, nói có thể bị thay đổi âm sắc.

Nếu không được xử trí kịp thời thì tình trạng thiếu thở tăng rõ: trẻ lơ đãng, tím tái, vã mồ hôi, tiếng thở rít không rõ, thở nhanh và có rối loạn nhịp thở.

2. Xử trí

** Phải được coi là cấp cứu khẩn trương*

Tiêm ngay corticoid: dexamethason hay betamethason có thể cải thiện tốt tình trạng khó thở sau 20-30 phút. Nếu khó thở vẫn không giảm, có thể tiêm tiếp một ống thứ hai.

** Cần được theo dõi điều trị tích cực tại các trung tâm hồi sức cấp cứu.*

Cho trẻ làm khí dung với:

2mg adrenalin + 4mg dexamethason + 3ml dung dịch sinh lý.

Nếu khó thở rõ, cần đặt nội khí quản. Lưu ý dùng ống nhỏ hơn kích thước tương xứng lứa tuổi một số để có thể đưa qua được hạ thanh môn, đủ sâu tới khí quản.

PAPILOM (U NHÚ) THANH QUẢN

1. Chẩn đoán

Thường gặp ở trẻ em nhiều hơn người lớn và hai dạng này hoàn toàn khác nhau.

Ở trẻ em:

- Thường ở trẻ em 2-3 tuổi.
- Trẻ bú bị khàn tiếng kéo dài:
 - + Lúc đầu khóc, nói to mới rõ.
 - + Sau tăng dần ngày càng rõ.
 - + Làm mất âm sắc, khóc không rõ tiếng.
- Kèm theo khó thở: tiến triển chậm đưa tới khó thở mạn:
 - + Trẻ gầy yếu, phát triển chậm.
 - + Môi và ngón tay luôn tím tái nhẹ.
 - + Có khi một bội nhiễm ở đường thở có thể gây khó thở rõ rệt, có khi nguy kịch.
- Soi thanh quản trực tiếp:
 - + Khối u ở dây thanh mềm, mỏng, hồng nhạt.
 - + Thành khối lùi xù hay thành chùm gồm nhiều khối nhỏ.
 - + Khối u che lấp một phần hay toàn bộ thanh môn gây khó thở ít hoặc nhiều.



Hình 22: Papilom thanh quản



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Ở người lớn:

- Khối u luôn khu trú và thường ở một bên, do đó chỉ gây khàn tiếng, khó phát âm mà không hoặc ít gây khó thở.
- Soi thanh quản trực tiếp, làm sinh thiết để chẩn đoán và xác định nhất là ở người lớn.

2. Xử trí

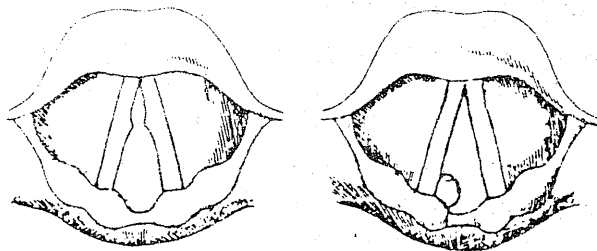
- Lấy bỏ khối u bằng đốt điện hay đông lạnh, thường dễ tái phát nhưng phải làm để đảm bảo hô hấp. Hiện nay cắt bỏ u bằng laser đạt hiệu quả cao hơn.
- Cho làm tia xạ trị liệu để chấm dứt sự tái phát.
- Cần cân nhắc khi mổ khí quản vì như vậy thường không rút được ống và phải đeo ống thở kéo dài.
- Khi đến tuổi đi học và chậm hơn là đến tuổi dậy thì, mức độ tái phát chậm dần và có thể khỏi được.

HẠT THANH ĐỐI

Thường gặp ở phụ nữ, do suy nhược dây thanh (nói nhiều), bị kích thích (viêm xoang sau mũi), trào ngược dạ dày thực quản hoặc rối loạn nội tiết. Được coi là bệnh nghề nghiệp ở những người nói chuyên nghiệp như giáo viên, kịch sĩ, phát thanh viên...

1. Chẩn đoán

- Triệu chứng chính là khàn tiếng.
 - + Lúc đầu chỉ xuất hiện khi nói nhiều, mệt, sau khàn thường xuyên.
 - + Không có khó thở



Hình 23: Hạt thanh đối

- Soi thanh quản:
 - + 1/3 dưới hay 2/3 sau của dây thanh ở bờ trong có nhú lên một hạt nhỏ bằng hạt vừng, lấm tấm, màu trắng.
 - + Có thể có ít chất nhầy thành sợi dính.
 - + Dây thanh có thể hơi khô, xơ nhưng thường không biến đổi.

2. Xử trí

- Nếu hạt thanh đới nhỏ có thể nghỉ, hạn chế nói, chấm thuốc tại chỗ hay khí dung với corticoid.
- Điều trị viêm vùng mũi họng như viêm mũi xoang, hay amidan mạn.
- Dùng kháng viêm, corticoid toàn thân.
- Vitamin C, nhóm B và liều cao.
- Nếu to cần soi treo để lấy bỏ hạt thanh đới.

UNG THƯ THANH QUẢN

- Bệnh thường gặp ở nam giới (80%), thường ở những người có tuổi (40 đến 50 tuổi).
- Rượu và thuốc lá được coi là yếu tố gây bệnh hàng đầu.
- Về mô bệnh học: thường gặp nhất là ung thư biểu mô, tế bào đáy (không biệt hóa) hoặc tế bào gai (ít nhiều đã biệt hóa). Hiếm gặp thể Sarcom hoặc Lympho-sarcom.

1. Chẩn đoán

- Khàn tiếng: là dấu hiệu luôn có, có khi là dấu hiệu duy nhất. Khàn tiếng kéo dài: ban đầu từng lúc, sau thường xuyên, mức độ cũng tăng dần với giọng khàn khô, cứng, thường gọi là giọng gỗ.
- Khó thở: có thể sớm từ đầu hoặc sau khi khàn tiếng. Khó thở kiểu thanh quản với lúc đầu nhẹ: chỉ khó thở từng lúc, khi gắng sức, sau tăng dần: khó thở thường xuyên, rõ rệt, có thể tới mức độ nặng, đòi hỏi phải mở khí quản.
- Nuốt đau ít khi xuất hiện ngay từ đầu (ung thư vùng bờ) mà thường gặp muộn sau khàn tiếng, khó thở do ung thư đã lan ra ngoài thanh quản đến vùng hạ họng, thường kèm theo cảm giác đau nhói lên tai.

- Ho: cũng thường gặp, nhưng không điển hình. Lúc đầu ho ít, ho khan, nhiều về đêm, ho kích thích. Sau ho tăng, nhiều hơn, có đờm, đôi khi có lẫn dây máu do kích thích khối u và ứ đọng đờm dãi (hơi thở hôi).

- Khám hạch: ung thư thanh quản ít có hạch, chỉ các ung thư vùng bờ hay tiền đình thanh quản là có thể có hạch sớm. Nếu hạch cổ nổi rõ, thường là ung thư đã lan ra ngoài thanh quản (đến vùng hạ họng hoặc ra ngoài), gây thâm nhiễm sụn giáp, da vùng cổ.

- Soi thanh quản: thường có thể soi gián tiếp qua gương soi, nếu muốn quan sát kỹ và làm sinh thiết thì nên soi trực tiếp qua soi treo hay nội soi thanh quản. Quan sát: khối u và dấu hiệu liệt thanh quản.

- Cần chụp cổ nghiêng, thẳng, cắt lớp thanh quản và nếu cần chụp CT.Scan để xác định được vị trí của khối u, độ lan tràn, thâm nhiễm và qua đó đề ra được biện pháp xử trí thích hợp.

2. Xử trí

- Khi có nghi ngờ cần theo dõi sát, loại trừ các viêm nhiễm nếu có, soi thanh quản và làm sinh thiết sớm.

- Khi đã có chẩn đoán xác định cần:

+ Quyết định biện pháp điều trị: cách thức phẫu thuật đúng tùy theo vị trí, kích thước, sự lan tràn của u.

+ Phối hợp các biện pháp điều trị: phẫu thuật và tia xạ, hóa trị liệu.

CHẤN THƯƠNG THANH QUẢN

Có thể gặp:

- Chấn thương hở: thường do các vật cứng như cắt, đâm bằng dao, kéo, vật cứng nhọn; do hoả khí như đạn bắn...

- Chấn thương kín: thường do các vật mềm như thắt cổ, bóp cổ; vật tù như gậy đánh, dầm; ngã vào vật cứng, tủ.

1. Chẩn đoán

Lưu ý:

- Vết thương ngay vùng cổ giữa do cắt, chém.

- Vết thương vùng cổ bên do đâm, đạn bắn rất khó xác định có tổn thương thanh quản do tư thế cổ khi bị thương, mặt khác do vùng cổ có tổ chức lỏng lẻo nên dễ thay đổi hướng đi và nhanh chóng sưng tấy.



Các triệu chứng cần được lưu ý:

- Khó thở: khi có khó thở thanh quản cần nghi tới có tổn thương thanh quản. Lưu ý theo dõi và đánh giá đúng tình trạng khó thở. Khó thở có thể nguy cấp, tăng nhanh, đột ngột do phù nề, bít tắc thanh quản, do ứ đọng xuất tiết, do sặc, chảy máu vào đường thở và cần được xử trí đúng, kịp thời.

- Khàn, mất tiếng: tổn thương ở thanh quản gây đưng giập, phù nề sẽ gây khàn tiếng, nếu hơi khí theo vết thương thoát ra ngoài sẽ gây mất tiếng, phều phào không rõ tiếng. Khàn tiếng thường đi kèm theo khó thở, trong trường hợp không có khó thở thì khàn tiếng là triệu chứng gợi ý có chấn thương thanh quản.

- Trần khí dưới da: có thể rõ rệt hoặc phải sờ nắn mới thấy. Trần khí dưới da gặp trong cả chấn thương thanh quản hở và kín, cũng gặp cả khi có thủng thanh quản nhưng không phải là đặc trưng vì trong chấn thương ở khí quản và hạ họng cũng có trần khí dưới da.

- Khí hoặc khí lẫn máu bắn, trào theo nhịp thở ra, khi ho hoặc khi cố nói cũng là dấu hiệu cần lưu ý nhất là trong các trường hợp cắt, đâm. Tuy cũng gặp trong thủng đường hô hấp nói chung.

- Khám vùng cổ chỉ có giá trị nếu thực hiện trong những giờ đầu sau chấn thương. Nếu muộn vùng cổ sẽ sưng tấy, nề rất khó xác định.

Chấn thương kín: thường xác định chẩn đoán khó hơn, các triệu chứng có thể xuất hiện chậm. Các dấu hiệu cần được lưu ý là:

- Khó thở: đặc biệt là khó thở thanh quản, trong chấn thương kín thanh quản, khó thở có thể đến muộn sau vài giờ đến nhiều giờ.

- Khàn tiếng: là dấu hiệu gợi ý quan trọng nhưng có thể không gặp nếu tổn thương chỉ khu trú ở trên hay dưới vùng thanh môn.

- Nuốt đau: cũng là dấu hiệu có giá trị do đưng giập, lệch khớp của sụn thanh thiệt và sụn phễu nhưng cũng gặp khi tổn thương chỉ có ở hạ họng.

- Ho: tiếng ho thay đổi, khạc đờm có lẫn máu cũng cần được lưu ý, có thể xuất hiện muộn.

Soi thanh quản: có giá trị để chẩn đoán nhất là trong các trường hợp triệu chứng thực thể không rõ, chấn thương kín.

2. Xử trí

Cấp cứu

- Khó thở: đánh giá tình trạng và diễn biến khó thở là rất quan trọng. Nói chung nên mở khí quản sớm nhằm:

- Tránh các tai biến ngừng, ngạt thở.

Tạo điều kiện cầm máu dễ dàng.

- Giảm tràn khí dưới da thường có.
- Cho phép hút ứ đọng, soi thanh quản bảo đảm gây mê thuận lợi.

Lưu ý: cố gắng mở khí quản thấp, xa vết thương để có phẫu trường cho phẫu thuật.

- Cầm máu: không chỉ các mạch lớn vùng cổ mà lưu ý các mạch vùng họng, thanh quản cần được cầm máu triệt để, tránh sặc máu.

- Chống choáng: đặc biệt lưu ý đến tình trạng chung, các vết thương phổi hợp phải được phát hiện và xử trí kịp thời.

Xử trí vết thương: thuộc chuyên khoa Tai-Mũi-Họng lưu ý: khâu phục hồi thanh quản theo đúng mốc giải phẫu, từng lớp từ trong ra ngoài.

CHẤN THƯƠNG KHÍ QUẢN

Thường rất nguy kịch do tình trạng thiếu oxy, kèm theo có thể có tràn khí, tràn máu trong lồng ngực, dễ gây nên các tai biến trầm trọng.

1. Triệu chứng

- *Tràn khí là dấu hiệu cần được phát hiện ngay* khi có chấn thương. Tràn khí có thể rõ, lan toả nhanh nhưng cũng có thể ít, kín đáo, có khi chỉ xuất hiện khi gây mê bóp bóng.

Tràn khí có thể dưới da, sờ thấy lép bép như đi trên tuyết; nếu rõ gây biến dạng vùng cổ, cằm, mặt, ngực.

Tràn khí màng phổi trong rách khí quản ngực có thể chỉ thấy bóng khí ở trung thất, quanh tim, đỉnh phổi và có thể làm xẹp một phần hoặc cả một thùy phổi.

- *Khó thở:* có khó thở cả hai thì, rõ hơn ở thì thở ra nếu chấn thương vùng ngực hoặc thì thở vào nếu có kèm chấn thương thanh quản.

Khó thở có thể ở mức độ nhẹ đến trung bình hay nặng và ngày càng tăng dần.

- *Ho:* đau tăng khi ho, ho thành cơn, có thể gặp ho sặc, tím tái.

Nếu có chảy máu vào khí quản sẽ gây ho sặc, khó thở, tím tái rõ rệt.

Xquang: cho thấy được hình ảnh tràn khí vùng cổ hay ngực, mức độ tràn khí nhưng thường khó xác định được vùng chấn thương. CT.Scan có thể cho thấy được hình ảnh tổn thương đầy đủ hơn.



Nội soi: là cần thiết để xác định được vị trí và tính chất tổn thương nhưng cần hết sức thận trọng vì có thể làm chấn thương nặng thêm và gây khó thở nặng.

2. Xử trí

Cấp cứu: khi có thủng, rách, vỡ sụn khí quản, hoặc khi có tình trạng khó thở, đe dọa chảy máu vào đường thở, có tràn khí rõ. Nếu cần chuyển lên tuyến trên phải:

- Thực hiện ngay mở khí quản cấp, nếu cho phép thì nên mở khí quản thấp, xa vết thương để duy trì sự thông thoáng của ống thở.
- Chống choáng, chống chảy máu.

Nội khoa:

- Nằm đầu cao, hạn chế thay đổi tư thế đầu.
- Cho corticoid sớm để giảm phù nề, tránh sẹo dính.
- Cho kháng sinh, thuốc giảm xuất tiết đường hô hấp để phòng tránh viêm đường hô hấp dưới.
- Lưu ý cho S.A.T: huyết thanh chống uốn ván.

Ngoại khoa: tùy theo tình trạng vết thương, đảm bảo nguyên tắc:

- Khâu kín vết thương thủng hoặc rách vỡ.
- Tiết kiệm trong cắt bỏ các phần bị rách, vỡ.
- Khâu từng lớp theo đúng vị trí giải phẫu và nút buộc luôn ở mặt ngoài.

Theo dõi: sau khi rút ống thở cần theo dõi định kỳ trong vài tháng tiếp theo để phát hiện sớm các hiện tượng sùi, sẹo, chít hẹp.

DI VẬT ĐƯỜNG THỞ

Để chỉ các trường hợp có vật lạ rơi vào và mắc lại ở thanh, khí hay phế quản.

1. Chẩn đoán: dựa trên hội chứng xâm nhập và hội chứng định khu.

Hội chứng xâm nhập: ngay sau khi dị vật rơi vào đường thở, qua thanh môn sẽ gây nên hội chứng xâm nhập do 2 phản xạ cùng xảy ra một lúc:

- Phản xạ co thắt thanh quản để không cho dị vật vào.



- Phản xạ ho để tống dị vật ra.

Kết quả là đưa tới tình trạng ho sặc, khó thở thanh quản cấp gây tím tái, vã mồ hôi, co kéo cơ hô hấp có khi gây nên tắc thở, chảy nước mắt, nước mũi, đái dầm.

Hội chứng xâm nhập diễn ra nhanh trong một vài phút, có thể gây tắc thở đưa tới tử vong. Nếu dị vật đi qua được thanh môn, cơn khó thở tím tái sẽ qua đi và tùy theo nơi dị vật mắc lại sẽ có hội chứng định khu khác nhau.

Hội chứng định khu:

- Dị vật ở thanh quản:

+ Khó thở thanh quản: tùy theo kích thước và vị trí của dị vật, có thể gặp khó thở cấp, ngạt tắc thở gây tử vong nhanh khi dị vật to, lấp thanh môn.

+ Khàn tiếng: tùy theo vị trí và tính chất của dị vật. Nếu dị vật nhỏ, ở dưới thanh môn chỉ khàn tiếng nhẹ hoặc không.

- *Dị vật ở khí quản*: sau hội chứng thâm nhập người bệnh có thể trở lại bình thường. Nhưng sau đó thỉnh thoảng lại có cơn khó thở thanh quản mà thường do ho sặc, thở mạnh đẩy dị vật lên vùng thanh môn. Với dị vật mảnh, mỏng có thể thấy dấu hiệu lật phật như cờ bay khi nghe ở ngực. Dị vật ở khí quản thường là các hạt na, hồng xiêm, đuôi hút máy thì không có dấu hiệu này.

- *Dị vật ở phế quản*: sau hội chứng xâm nhập người bệnh trở lại bình thường trong nhiều giờ. Sau đó có các dấu hiệu viêm nhiễm do dị vật gây phù nề, xuất tiết, bội nhiễm hoặc các dấu hiệu xẹp phổi (một phân thùy hay một thùy) do dị vật gây phù nề, bít tắc một phế quản phân thùy hoặc thùy. Dấu hiệu khí phế thũng sẽ xuất hiện khi dị vật không gây bít tắc hoàn toàn lòng phế quản.

2. Xử trí

- Cơ bản phát hiện được sớm để gửi đến chuyên khoa Tai-Mũi-Họng nhằm lấy dị vật qua nội soi, tránh bỏ qua sẽ gây nên các tai biến nguy hiểm.

Cấp cứu: gặp sau hội chứng xâm nhập, có tình trạng ngạt thở, khó thở rõ rệt, tím tái rõ.

Ở cơ sở y tế: cần mở khí quản cấp hoặc chọc kim to qua màng giáp - nhẫn để có thể đưa ngay oxy đến đầy đủ.

Ngoài cơ sở y tế: thực hiện ngay thủ thuật Heimlich để hy vọng có thể cứu sống bệnh nhân.

+ **Thủ thuật Heimlich:**

Đề bệnh nhân nằm ngửa. Đặt hai bàn tay lên nhau ở vùng trên rốn bệnh nhân, dùng sức đè mạnh xuống dưới hướng lên trên vài cái liên tiếp để tống hơi

từ phổi ra đẩy theo dị vật. Với người lớn, trẻ lớn để có lực hơn, ta có thể ngồi xoạc hai đầu gối sang hai bên trên đùi bệnh nhân rồi ấn tay như trên.

Cũng có thể để bệnh nhân đứng hay ngồi, thầy thuốc đứng sau vòng hai tay ra trước, nắm hai tay lại, dùng lực ép mạnh hai tay vào bụng đột ngột theo hướng chéo lên trên vài lần, cũng nhằm để tạo lực hơi tống dị vật ra.

– Với trẻ nhỏ, xác định có dị vật thanh quản ta có thể cầm 2 chân đột ngột dốc ngược đầu xuống, có thể kích thích làm dị vật rời thanh quản ra họng - miệng.

– *Lưu ý:* nếu dị vật ở khí-phế quản, khi làm động tác trên có thể đẩy dị vật tới mắc kẹt ở thanh môn gây nghẹt thở nặng.

THŨNG THỰC QUẢN

Thủng thực quản do nhiều nguyên nhân khác nhau:

Do chấn thương: các vết thương do đâm, chém, hoả khí ở vùng cổ, ngực, bụng đều có thể gây thủng thực quản. Đôi khi khó xác định với vết thương xuyên, chọt, lệch hướng đi do cử động vùng cổ.

Do nuốt các hóa chất gây bỏng: có thể là acid hay base hàm lượng cao. Lưu ý trường hợp tự tử không chịu khai ra chất đã nuốt.

Do soi thực quản bằng ống cứng hay ống mềm hoặc do nong thực quản khi thực quản bị sẹo chít hẹp.

Do dị vật thực quản: có thể gây thủng ngay nếu dị vật sắc, nhọn như xương nhọn, mảnh thủy tinh, đinh, kim băng ... hoặc dị vật để lâu ngày gây viêm, áp xe, hoại tử thành thực quản hoặc do khi lấy dị vật quá to, sắc, nhọn, có ngành gây thủng.

1. Chẩn đoán

Các triệu chứng thay đổi tùy theo: nguyên nhân, vị trí thủng, thời gian bị thủng.

– **Dấu hiệu nhiễm khuẩn:** thường xuất hiện rất sớm khi thủng do hóa chất, dị vật. Nếu thủng vùng ngực, đặc biệt khi không biết đến mà bệnh nhân vẫn ăn, uống sau khi bị thủng.

Các triệu chứng chính là sốt cao, ớn lạnh, có thể có cơn rét run, bạch cầu tăng cao.

– *Có thể gặp choáng do đau, do nhiễm khuẩn, nhiễm độc.*

- Đau là dấu hiệu gợi ý quan trọng.
 - + Đau vùng cổ, ấn có điểm đau, đau lan ra gáy, giữa hai xương bả vai trong trường hợp thủng thực quản cổ.
 - + Đau xiên ra lưng, lan lên hai vai, tăng rõ khi ho, nuốt gặp ở thủng thực quản ngực.
 - + Đau vùng thượng vị hoặc lan toả ra khắp bụng trong trường hợp thủng thấp: thực quản bụng hay ngực - bụng.
 - Tràn khí là dấu hiệu có giá trị. Tràn khí xuất hiện sớm hay sau vài giờ tùy theo tình hình lỗ thủng.
 - + Với *thủng thực quản cổ* cần sờ nắn phát hiện tràn khí với biểu hiện: nắn đau, có cảm giác lạo xạo, “lép lép như tuyết” dưới ngón tay. Khi tràn khí rõ làm da nổi căng, sưng đau vùng cổ, có thể lan tới ngực, mặt.
 - + Với *thủng thực quản ngực* gây tràn khí trung thất hay tràn khí màng phổi thì bệnh nhân tức ngực, đau xiên ra lưng, vai và tăng lên khi ho, nuốt. Nếu tràn khí nhiều sẽ gây khó thở. Cần phát hiện sớm qua Xquang.
 - **Xquang:** cho chẩn đoán xác định nên cần thực hiện sớm khi có dấu hiệu nghi ngờ nhỏ nhất.
 - Với thủng thực quản cổ: trên phim cổ nghiêng sẽ cho thấy hình ảnh các đám khí, vệt khí trước cột sống cổ.
 - Với thủng thực quản ngực:
 - + Trên phim phổi thẳng thể hiện sự giãn rộng của trung thất trên, đôi khi thấy có đường viền sáng quanh bóng tim.
 - + Trên phim nghiêng thể hiện với khoảng sáng hình thoi giữa khí quản và thân đốt sống.
 - + Nếu có tràn khí màng phổi thì có thể thấy vùng sáng to hay nhỏ quanh nhu mô phổi hoặc thu hẹp về rốn phổi của một vùng, một thùy.
 - Khi cần xác định cụ thể vị trí của thủng thực quản thì có thể chụp với chất cản quang.
- Lưu ý:* không được cho uống chất cản quang baryt. Chỉ được dùng cho bệnh nhân với lượng nhỏ, hạn chế chất cản quang hoà tan và hấp thu được.

2. Xử trí

Khi nghi ngờ

- Tuyệt đối không được cho bệnh nhân ăn, uống.
- Chụp X quang để xác định.



Nội khoa: lưu ý trường hợp nhiễm trùng, nhiễm độc nặng.

- Điều trị kháng sinh liều cao theo đường tiêm truyền.
- Chống mất nước: truyền dịch đầy đủ.
- Giảm đau.

Ngoại khoa:

- Chỉ thực hiện phẫu thuật khâu kín khi phát hiện thủng sớm sau vài giờ, vết thương gọn, nhỏ, sạch.
- Nếu đến chậm, có dấu hiệu viêm nhiễm rõ, thủng do hóa chất thì cần điều trị nội khoa cho ổn định.
- Nếu có viêm tấy mủ vùng cổ, áp xe trung thất thì có thể mở dẫn lưu mủ, tránh hoại tử rộng, nhiễm khuẩn nặng.
- Nên thực hiện mở thông dạ dày để có thể đưa thức ăn vào trực tiếp đảm bảo dinh dưỡng, tạo điều kiện để cho thực quản dễ liền.

TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

Từ vài năm gần đây trào ngược dạ dày - thực quản được quan tâm đề cập đến nhiều trong chuyên ngành hô hấp và tai mũi họng. Nay là một bệnh khá thường gặp.

1. Chẩn đoán

Lâm sàng: cần hỏi, theo dõi và phát hiện tỷ mỉ các triệu chứng sau:

- Có tiền sử viêm, loét dạ dày tá tràng, tuy cũng gặp ở người không có tiền sử viêm, loét dạ dày, tá tràng hay đã khỏi nay có stress về thể chất hay tâm thần.
- **Đau vùng thượng vị:** thường đau nhẹ, liên quan đến thức ăn (chua, kích thích), xảy ra trong một số tư thế nằm nhất định. Đôi khi cũng gặp đau nhói vùng trước tim.
- **Loạn cảm họng:** người bệnh có cảm giác vướng, nhói khi nuốt khan; như có dị vật trong họng; tắc nghẹn ở họng hay nóng, rát ở cổ và ngực trên thì đó là những dấu hiệu gợi ý có giá trị.
- Ở trẻ nhỏ hay bị nôn trớ ngay hoặc sau khi ăn, không chịu ăn uống, hay quấy khóc, giảm cân, suy dinh dưỡng thì cũng cần lưu ý đến trào ngược dạ dày - thực quản.
- *Ho kéo dài không có nguyên nhân, đặc biệt ho về đêm, khi nằm.*

– Ở trẻ nhỏ luôn bị viêm thanh quản, phế quản phế viêm tái phát không liên quan đến viêm nhiễm ở họng, mũi.

– Khi điều trị chống viêm với corticoid làm các triệu chứng tăng lên.

2. Xử trí

– Cần phối hợp điều chỉnh chế độ ăn, tư thế nằm: gối đầu cao lên.

– Các thuốc bằng đường niêm mạc thực quản, điều chỉnh hoạt động và sự tiết dịch vị của dạ dày:

+ Thuốc chống trào ngược Nexum - Omeprazon.

+ Phối hợp thuốc kháng viêm corticoid.

BỎNG THỰC QUẢN DO HÓA CHẤT

Có thể gặp ở người lớn và trẻ em

Là một cấp cứu quan trọng vì:

– Tỷ lệ gặp ngày càng nhiều hơn.

– Nếu không xử trí đúng, kịp thời sẽ dễ đưa tới tử vong.

– Để lại di chứng sẹo hẹp gây tàn phế suốt đời.

1. Chẩn đoán

Không khó, trừ khi bệnh nhân hay gia đình cố giấu hoặc ở trẻ nhỏ.

Hỏi: bệnh nhân nếu điều kiện cho phép, hoặc người nhà hay những người có liên quan để xác định được cụ thể:

– Cách uống: uống nhầm hay cố ý, có ý định tự tử ?

– Chất uống: là acid hay base, nồng độ và số lượng đã uống.

Các thông tin này rất cần thiết cho chẩn đoán và cấp cứu nạn nhân. Cần lưu ý: nạn nhân hoặc người nhà có thể cho các thông tin sai lạc hay giả, nếu không được xác minh cụ thể thì có thể đưa đến các ảnh hưởng đáng tiếc trong chẩn đoán và cấp cứu.

Diễn biến

Giai đoạn cấp cứu: kéo dài từ 1 đến 2 tuần được chia làm 2 thời kỳ:

– **Thời kỳ choáng:** xảy ra trong những giờ đầu sau khi uống hóa chất, đây là thời gian cấp cứu quan trọng nhất. Choáng có thể do:



+ Đau: bỏng gây dấu hiệu chính là đau. Đau thường dữ dội ở vùng thực quản cổ hoặc ngực, cũng có thể đau cả ở họng, miệng và vùng thượng vị, dạ dày. Mức độ đau tùy theo từng người và tình trạng tổn thương: nếu chỉ đau nhẹ, đau khi nuốt, thường là bỏng nhẹ.

Nếu đau dữ dội, đau nhói vùng ngực, xiên ra sau bả vai và đau tăng khi nói, ho, nuốt thì cần nghĩ tới có *thủng thực quản*, thủng dạ dày nếu có phản ứng thành bụng.

+ Nhiễm kiềm, toan: tùy theo nồng độ chất uống acid hay base qua niêm mạc dạ dày vào máu mà thay đổi độ kiềm toan trong máu.

+ Choáng: do hoảng loạn, do rối loạn kiềm toan máu nặng.

Choáng cần được phát hiện, xử trí kịp thời và đúng vì nếu không sẽ rất dễ đưa tới tử vong.

– *Thời kỳ loét*: đến vào ngày thứ 2 hay thứ 3 sau khi uống.

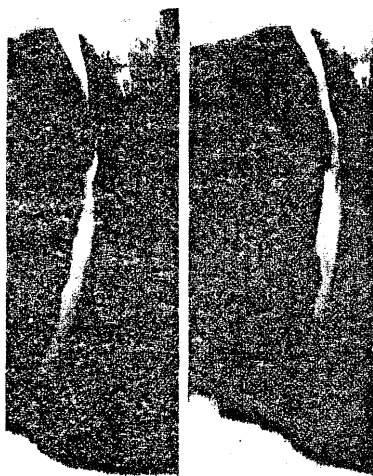
Thường có sốt do bội nhiễm, đau tăng lên, đặc biệt đau khi nuốt làm cho người bệnh không ăn, uống được, ứ đọng nước bọt, hơi thở chua, hôi.

Bệnh nhân thường có ho, khạc ra ít máu.

Có thể nôn, khạc ra những mảnh niêm mạc trắng hay thành khuôn dày nếu có loét sâu. Cần theo dõi để phát hiện kịp thời nếu có thủng thực quản chậm.

Giai đoạn trung gian: thường kéo dài từ 3 đến 6 tuần, là thời gian chuyển từ cấp sang viêm mạn, các tổ chức qua đi như khối, có thể còn một vướng nhẹ.

Giai đoạn sẹo hẹp: với triệu chứng chính là nuốt nghẹn ngày càng tăng sẽ làm ảnh hưởng đến thể trạng do không ăn uống được đầy đủ. Nuốt nghẹn tăng dần có thể đưa tới không nuốt được cả chất lỏng. Có tình trạng nôn sau khi ăn uống do thức ăn bị ứ đọng ở trên đoạn thực quản bị chít hẹp.



Hình 23: Hình ảnh X quang của bóng thực quản

Lưu ý: khi nghi ngờ bị thủng thực quản thì không nên dùng các chất cản quang nặng, không hấp thụ được như baryt vì nó sẽ đọng lại gây ảnh hưởng đến phổi, trung thất.

2. Xử trí: chủ yếu đề cập đến xử trí cấp cứu

Nếu bệnh nhân đến sớm ngay những giờ đầu thì cần:

Phòng chống choáng

- Cho các thuốc giảm đau (không có morphin).
- Cho truyền dịch để cân bằng kiềm toan máu.
- Cho trợ tim, an thần.
- Giải thích cho bệnh nhân và người nhà để tránh các stress tâm thần.

Thăng bằng kiềm toan

- Có thể cho uống các chất đối kháng như nước vôi trong (chống acid), nước chanh, dấm (chống base).
- Hoặc các chất trung hòa như sữa, lòng trắng trứng, than không hoạt tính.
- Cần thận trọng khi thực hiện rửa hút dạ dày vì dễ gây tổn thương, tai biến (hiện nay ít được sử dụng).

Chống bội nhiễm: cho kháng sinh sớm và kéo dài, dùng kháng sinh phổ rộng.

Theo dõi sát, phát hiện sớm các trường hợp có thủng thực quản hay thủng dạ dày.

Thủng tạng có thể xuất hiện ngay sau khi uống hóa chất nhưng cũng có thể xuất hiện muộn một vài ngày sau, trong thời kỳ loét (đặc biệt lưu ý khi hóa chất uống là các base ở dạng cục, đậm độ cao).

Cần lưu ý đến dinh dưỡng của bệnh nhân

Nếu tình trạng cho phép, nên đặt ống thông thực quản sớm để cho ăn và chống dính lòng thực quản. Lưu ý không được đặt ống thông vào thời kỳ loét vì dễ gây tai biến, thủng.

Nếu cần có thể mở thông dạ dày sớm để nuôi dưỡng được đầy đủ.

Cần nhớ rằng dinh dưỡng tốt là yếu tố quan trọng để vết loét chóng liền và lên sẹo tốt.

Chống sẹo hẹp: sẹo hẹp thực quản khi đã hình thành, ổn định sẽ đưa người bệnh tới tình trạng tàn phế suốt đời. Do đó người bệnh cần được lưu ý đến ngay từ giai đoạn cấp cứu: phối hợp với thầy thuốc TMH và chuyển điều trị chuyên khoa khi đã qua cấp cứu.



DỊ VẬT THỰC QUẢN

Dị vật thực quản hay gặp nhất là trong các dịp tết, hội hè, và người lớn bị nhiều hơn trẻ em. Dị vật gặp nhiều loại khác nhau, có thể là thức ăn: xương cá, xương vịt, gà, chim, lợn, ếch hoặc là chất vô cơ như: mảnh đồ chơi bằng nhựa, bằng sắt, huy hiệu, kim băng, đồng xu, hàm răng giả hoặc là các vật sống như tôm, cá ...

1. Chẩn đoán

- Thường ngay sau khi bị hóc thấy nuốt vướng, nuốt đau, không ăn được tiếp phải bỏ dở bữa ăn.

- Nếu dị vật ở thực quản bệnh nhân sẽ đau ở sau xương ức, đau xiên ra sau lưng, lan lên bả vai.

- Sau 1-2 ngày, các triệu chứng nuốt đau, đau cổ, đau ngực tăng dần lên đến mức không nuốt được, ứ đọng nước bọt, đờm dãi, hơi thở hôi. Khám thấy mất tiếng lọc cọc thanh quản, cột sống.

- Nếu để chậm vài ngày sẽ đưa tới các biến chứng:

- + Viêm tấy quanh thực quản cổ

Dị vật chọc thủng thành thực quản cổ gây viêm nhiễm thành thực quản lan toả, viêm mô liên kết lỏng lẻo ở xung quanh thực quản cổ.

Bệnh nhân sốt cao, thể trạng nhiễm khuẩn rất rõ rệt, toàn thân suy sụp, đau cổ, không ăn uống được, chảy nhiều nước dãi, hơi thở hôi, cổ ngoẹo sang một bên, quay cổ khó khăn, một bên cổ (thường là bên trái) sưng lên làm máng cảnh dây, có khi da cổ đỏ, ấn bệnh nhân rất đau, có thể có tràn khí dưới da.

- + Nếu không phát hiện và chữa kịp thời thì viêm nhiễm và ổ mủ sẽ lan xuống trung thất, phổi làm bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và chết trong tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

- Chụp X quang cổ thẳng, nghiêng: thấy cột sống cổ mất chiều cong sinh lý bình thường, chiều dày của thực quản dày lên rõ rệt, có thể thấy hình ảnh dị vật, thấy hình túi mủ, có hình mức nước và hơi rõ rệt khi đã có biến chứng.

- Thủng các mạch máu lớn

Dị vật nhọn, sắc đâm thủng thành thực quản hoặc chọc trực tiếp vào các mạch máu lớn hoặc quá trình viêm hoại tử dẫn đến làm vỡ các mạch máu lớn như: động mạch cảnh trong, thân động mạch cánh tay đầu, quai động mạch chủ. Tai biến này thường xuất hiện sau khi hóc 4-5 ngày hoặc lâu hơn, hoặc xuất hiện ngay sau khi hóc.

2. Xử trí

Khi đã xác định hay nghi ngờ có dị vật thực quản cần gửi đến chuyên khoa Tai Mũi Họng để soi lấy dị vật hoặc xử trí các biến chứng.

- Cần lưu ý không thể có thuốc làm cho tiêu dị vật và xương đi được.

Phần

RĂNG HÀM MẶT

Biên soạn: PGS.TS. Đỗ Quang Trung

MỌC RĂNG VÀ THAY RĂNG

Trong thực hành nha khoa, các bác sĩ Răng Hàm Mặt cần nắm vững kiến thức về hàm răng sữa và hàm răng vĩnh viễn, sự mọc răng và thay răng vì nó liên quan đến quyết định điều trị đúng.

1. Hàm răng sữa: răng sữa bắt đầu mọc từ 4-6 tháng tuổi và hoàn thành mọc răng sữa từ 24-30 tháng. Hàm răng sữa gồm 20 răng, 10 răng mỗi hàm và có các nhóm răng sau:

- Răng cửa: mỗi bên hàm có 2 răng cửa: răng cửa giữa và răng cửa bên ở phía trước.
- Răng nanh: có 1 răng nanh mỗi bên hàm.
- Răng hàm sữa gồm răng số 4 và số 5 nhưng hình thể mặt nhai giống mặt nhai răng hàm lớn vĩnh viễn (răng 6 và 7).

Các răng được ký hiệu bằng chữ số La mã hoặc chữ in hoa.

V	IV	III	II	I		A	B	C	D	E
Ký hiệu										
┌										
└										
┐										
┘										

Ngày nay để tiện xử lý trên máy tính, người ta ký hiệu

Trên phải ┌ = số 1 với hàm răng vĩnh viễn
số 5 với hàm răng sữa.

Ví dụ răng số 2 vĩnh viễn trên phải là 1.2

Răng số 2 sữa hàm trên phải là 5.2

Trên trái └*: 2: với răng vĩnh viễn
6 với răng sữa

Dưới trái ┐: 3 với hàm răng vĩnh viễn
:7 với hàm răng sữa

Dưới phải ┘: 4 với hàm răng vĩnh viễn
: 8 với hàm răng sữa.

Đằng sau ký hiệu vùng hàm là số răng:

Loại răng Vùng hàm	Đối với hàm răng vĩnh viễn	Với hàm răng sữa
Trên phải	1.1.....1.8	5.1.....5.5
Trên trái	2.1.....2.8	6.1.....6.5
Dưới trái	3.1.....3.8	7.1.....7.5
Dưới phải	4.1.....4.8	8.1.....8.5

Ký hiệu trên được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đưa ra năm 1970.

Mọc răng sữa theo lịch trình bảng sau

Hàm Răng	Hàm trên	Hàm dưới
Răng cửa giữa (1)	6-7 tháng	4-6 tháng
Răng cửa bên (2)	7-8 tháng	6-7 tháng
Răng nanh (3)	16-18 tháng	14-16 tháng
Răng hàm sữa I (4)	12-14 tháng	10-12 tháng
Răng hàm sữa II (5)	24-30 tháng	20-24 tháng

2. Hàm răng vĩnh viễn

Trẻ 6-7 tuổi bắt đầu mọc răng số 6, là răng vĩnh viễn không thay, tiếp theo đó là sự thay thế răng vĩnh viễn ở hàm răng sữa. Răng nào mọc trước thì thay trước theo thứ tự thời gian; đồng thời mọc tiếp răng 7 và răng 8. Lịch trình mọc răng vĩnh viễn và thay răng theo bảng sau:

Hàm Răng	Hàm trên	Hàm dưới
Răng cửa giữa	7-8 tuổi	6-7 tuổi
Răng cửa bên	8-9 tuổi	7-8 tuổi
Răng nanh	11-12 tuổi	9-10 tuổi
Răng hàm nhỏ thứ 1	10-11 tuổi	10-12 tuổi
Răng hàm nhỏ thứ 2	10-12 tuổi	11-12 tuổi
Răng hàm lớn 1 (R6)	6-7 tuổi	6-7 tuổi
Răng hàm lớn 2 (R7)	12-13 tuổi	11-13 tuổi
Răng hàm lớn 3 (R8)	17-21 tuổi	17-21 tuổi



Với hàm răng sữa nếu quá 1 năm mà chưa thay thì là muộn, cần xem xét lý do và chụp phim panorama xem có mầm răng không, nếu có mầm răng thì cần can thiệp để răng vĩnh viễn thay thế đúng vị trí.

Răng 8 có thể thiếu chỗ vì mọc muộn và sẽ bị lệch lạc và gây biến chứng; cần xem xét và can thiệp kịp thời.

BỆNH SÂU RĂNG

1. Định nghĩa

Bệnh sâu răng là bệnh gây tổn thương tổ chức cứng của răng gồm men, ngà và xương răng; bệnh thường ở thể mạn tính, nếu không được điều trị sẽ gây biến chứng

2. Bệnh căn bệnh sinh sâu răng

2.1. Bệnh căn

Trước đây người ta coi sâu răng do nguyên nhân toàn thân. Từ thế kỷ XIX đến nay một số yếu tố đóng vai trò gây bệnh.

- Vai trò của glucid: thức ăn có tinh bột và đường gây sâu răng qua thực nghiệm trên chuột cho ăn trực tiếp và qua ống thông dạ dày thấy chuột ăn trực tiếp thức ăn thì bị sâu răng.

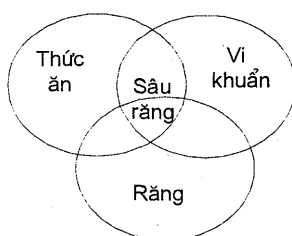
- Vai trò của vi khuẩn: người ta đã chứng minh là loại streptococcus Mutans gây sâu răng.

- Nước bọt có tác dụng làm giảm sâu răng vì có mucin, các globulin miễn dịch và đại thực bào. Người bị khô miệng dễ bị sâu răng hơn.

- Các yếu tố vi lượng như fluor làm giảm sâu răng. Fluor kết hợp với apatit ở men răng tạo thành fluor apatit cứng hơn có sức đề kháng với sâu răng.

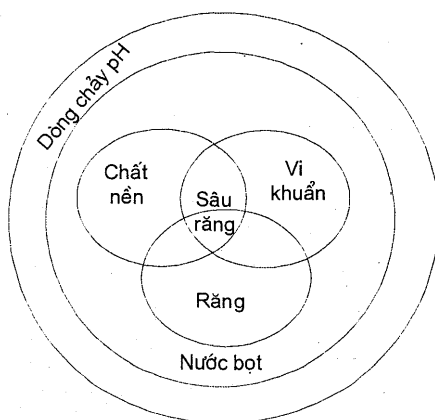
- Ngoài ra một số yếu tố khác cũng tạo điều kiện thuận lợi cho sâu răng phát triển như rãnh lõm mặt nhai răng quá sâu, răng mọc lệch lạc, kẹt...

Trước năm 1970 người ta giải thích sâu răng bằng sơ đồ Key gồm 3 vòng tròn là thức ăn (có đường), vi khuẩn và răng vùng giao nhau của 3 vòng tròn là sâu răng. Người ta quan niệm sâu răng là một thương tổn không thể hồi phục và điều trị phải khoan rộng để phòng tái phát.



Sơ đồ Key

Sau năm 1975 White đưa ra sơ đồ làm sáng tỏ hơn căn nguyên của sâu răng, trong đó thay thế một vòng tròn của sơ đồ Key (chất đường) bằng vòng tròn chất nền, nhấn mạnh vai trò của nước bọt và dòng chảy pH của môi trường miệng.



Sơ đồ White: căn nguyên của sâu răng (1975)

Răng: Tuổi, fluorid, hình thể, dinh dưỡng, các vi yếu tố, độ carbonat v.v. ...

Vi khuẩn: Streptococcus Mutans

Chất nền:

- Vệ sinh răng miệng sử dụng fluorid
- pH vùng quanh răng thấp 4,5-5 sẽ gây thương tổn dưới bề mặt
- Khả năng trung hoà của nước bọt

2.2. Cơ chế bệnh sinh

- Thuyết hoá học của Miller dùng thực nghiệm ngâm ruột bánh mì có đường vào nước bọt và ngâm răng vào. Acid sinh ra làm tiêu apatit của men, ngà và kết luận phản ứng hoá học sinh acid làm pH thấp gây sâu răng.

- Thuyết tiêu protein của Gottlieb giải thích sâu răng là một quá trình tiêu protein do vi khuẩn làm các tinh thể men bị bong ra.



- Thuyết tiêu protein phức vòng càng.

Martin (1956) cho rằng cả hai thành phần hữu cơ và vô cơ gần như cùng tiêu một lúc ở môi trường kiềm bởi hai cơ chế riêng biệt. Đầu tiên là tiêu phần hữu cơ men răng tức là protein, chất sinh ra tạo thành phức vòng càng và làm tiêu calci.

Ngày nay, người ta giải thích sâu răng là do mất cân bằng của sự hủy khoáng và tái khoáng bằng sơ đồ sau:

Mất ổn định



Sự bảo vệ

- | | |
|------------------------------------|---|
| - Mảng bám vi khuẩn | - Nước bọt |
| - Chế độ ăn đường nhiều lần. | - Khả năng kháng acid của men |
| - Thiếu nước bọt hay nước bọt acid | - Fluor ở bề mặt men răng |
| - Acid từ dạ dày trào lên miệng | - Trám bít hố rãnh |
| - pH < 5 | - Độ Ca^{++} , NPO_4^- quanh răng |
| | - pH > 5,5 |

3. Dịch tễ học và phân loại

3.1. Dịch tễ học: sâu răng gặp ở mọi lứa tuổi, ở trẻ khi bắt đầu mọc răng, ở người già sâu xương răng và ngà chân răng. Bệnh chiếm tỷ lệ cao ở các nước trên thế giới, đặc biệt là các nước đang phát triển. Ở Việt Nam, những năm 70 của thế kỷ trước; trẻ 6 tuổi tỷ lệ sâu răng 61-77%, 13 tuổi: 30%, 18 tuổi 48% (Nguyễn Dương Hồng, 1977). Ở miền Nam tỷ lệ sâu răng cao hơn. Năm 2002 công bố kết quả điều tra toàn quốc 1999-2001 cho thấy trẻ 6-8 tuổi tỷ lệ sâu răng sữa 84,9%, chỉ số sâu mất trám răng sữa (dmft) = 5,4, sâu răng vĩnh viễn 25,4% và DMFT = 0,48

12-14 tuổi sâu răng vĩnh viễn 64,1%, DMFT: 2,05

15-17 tuổi sâu răng vĩnh viễn 68,6%, DMFT: 2,40

Vì vậy nhiệm vụ của ngành và thầy thuốc chuyên khoa còn rất nặng nề trong việc phòng và chữa sâu răng.

3.2. Phân loại sâu răng

3.2.1. Sâu men răng (S1): là tổn thương mất vôi khu trú ở men răng, chưa tới ngà răng.

3.2.2. Sâu răng ngà có hai mức độ

- Sâu ngà nông: S2 tổn thương qua men vào ngà răng, độ sâu đến 2mm



– Sâu ngà sâu: S₃ tổn thương vào sâu trong lớp ngà, sát tủy độ sâu từ > 2-4mm

3.2.3. Sâu xương răng và ngà chân răng: ở người già lợi co hồ cổ và chân răng, tổn thương phá huỷ xương răng và ngà chân răng.

4. Lâm sàng và chẩn đoán

4.1. Sâu men răng: S₁ là tổn thương đầu tiên sâu răng, không đau, chỉ thấy vết trắng trên mặt răng và thân răng. Khi thấy vết trắng ở thân răng, cổ răng là ở dưới đã bắt đầu huỷ chất khoáng.

4.2. Sâu ngà nông: S₂ là tổn thương đã qua lớp men răng vào ngà, thường ở các rãnh lõm mặt nhai và mặt tiếp giáp. Màu nâu, đen: thăm châm thấy mềm, đáy mềm (đang tiến triển) hoặc cứng (đã ổn định) có ngà, mủn, bệnh nhân thỉnh thoảng thấy đau buốt khi có kích thích nóng lạnh, đặc biệt là chua, hết kích thích hết đau.

X quang răng thấy một vùng cản quang kém do tổn thương mất men và ngà.

4.3. Sâu ngà sâu: S₃ lỗ sâu ăn sâu hơn ở lớp ngà và rộng hơn; bệnh nhân có đau buốt khi có kích thích nóng lạnh, ăn nhai, chua, ngọt; hết kích thích thì hết đau. Thăm thấy hốc sâu màu đen, nâu, có ngà mủn, đáy mềm hoặc cứng tùy theo giai đoạn bệnh. Ở răng sữa thường lỗ vào nhỏ, trong rộng hุ้ม hàm ếch: sâu 2-4 mm

Xquang: thấy mất vôi vùng tổn thương men ngà.

4.4. Sâu ngà và xương chân răng: có lỗ sâu vùng cổ răng và chân răng, xương răng bị phá huỷ gặp ở người già lợi co và người bị bệnh viêm quanh răng bị tụt lợi. Màu lỗ sâu nâu, đen, đáy mềm, thăm ê buốt. Bệnh nhân cũng có cảm giác buốt răng do lộ ngà chân răng đặc biệt khi có kích thích lạnh, chua.

4.5. Chẩn đoán: dễ, dựa vào tổn thương: màu sắc, kích thước, độ sâu để chẩn đoán các mức độ sâu răng ở men răng hày ngà, ngà nông hay sâu, sâu chân răng.

5. Điều trị sâu răng

5.1. Sâu men răng: không cần điều trị đặc biệt; bôi lên tổn thương fluorid hàng ngày.

5.2. Sâu ngà răng: điều trị phải theo nguyên tắc là lấy hết ngà mủn, tạo hốc hàn, sát trùng và hàn phục hồi với hốc sâu ngà sâu cần hàn lót bằng eugenat và xi măng oxy phosphat.

6. Phòng bệnh sâu răng

– Fluor hoá nước uống ở nơi nồng độ fluor < 0,5ppm

- Dùng kem chải răng có fluor.
- Ăn ít đường trong ngày và chải răng ngay sau ăn.
- Tiến hành công tác nha học đường với các nội dung sau:
 - + Giáo dục nha khoa: đặc biệt là dạy chải răng, ăn uống.
 - + Tổ chức cho học sinh súc miệng bằng nước pha fluor 0,2% 2 tuần/lần.
 - + Khám định kỳ phát hiện sớm sâu răng để điều trị
 - + Trám bít hố rãnh răng.

BỆNH VIÊM TUY RĂNG

1. Định nghĩa

Là tổn thương mô liên kết trong tủy răng.

2. Nguyên nhân

- Do nhiễm trùng, biến chứng của sâu răng không được điều trị, tổn thương qua mô cứng men, nứt ngà vào tủy răng và vi khuẩn thâm nhập gây viêm.
- Do sang chấn gây nứt vỡ răng vào tủy, mòn răng.
- Do nhiệt khi mài răng

3. Phân loại

Trong lâm sàng, người ta chia 3 thể:

3.1. Viêm tủy có hồi phục (T1) tức là mới có phản ứng tủy chứ tủy chưa hỏng và tổn thương.

3.2. Viêm tủy không hồi phục (T2) tủy răng đã bị tổn thương

3.3. Viêm tủy hoại tử (T3) tủy răng đã chết.

Về viêm tủy không hồi phục, người ta còn chia ra thể bán cấp, cấp và mạn tính theo tiến triển lâm sàng.

4. Triệu chứng lâm sàng

4.1. Viêm tủy có hồi phục (T1) biểu hiện lâm sàng là đau buốt khi có kích thích nóng lạnh và ăn nhai và có đau nhức tự nhiên thoáng qua, sau hết ngay.



Thực thể có lỗ sâu ngà sâu, đáy sát tủy, chỉ cách một lớp ngà mỏng. Gõ răng ngang, dọc không đau thử nhiệt có cảm giác tủy và bỏ ra thì hết ngay.

4.2. Viêm tủy không hồi phục (T2): tổn thương đã vào tủy, hở tủy.

Cơ năng: đau nhức tự nhiên thành cơn thể bán cấp thì cơn ngắn, thoáng qua kéo dài vài ba giây rồi hết. Thể cấp thì cơn đau tự nhiên, bất thường, kéo dài hàng phút, đau giật theo nhịp mạch đập, bệnh nhân lấy tay ôm mặt, lăn lộn, thuốc giảm đau không có tác dụng. Ở thể mạn thì cơn đau tự nhiên kéo dài hơn, thường đau về đêm và cường độ đau thấp hơn.

Thực thể: thăm khám thấy lỗ sâu vào đến tủy, thăm đau giật nảy và sau đó tiếp tục đau kéo dài. Gõ ngang đau nhiều, gõ dọc có thể có đau. Răng chắc, không lung lay. Thử tủy đau nhức và kéo dài khi hết kích thích.

4.3. Viêm tủy hoại tử: viêm tủy để lâu không được điều trị, tủy chết. Không đau nhức nhưng thở hôi do mô tủy hoại tử. Thăm khám thấy lỗ sâu thông đến tủy, không đau, răng đổi màu, chắc. Gõ ngang dọc không đau, thử tủy không có phản ứng.

5. Chẩn đoán: dựa vào các triệu chứng lâm sàng cơ năng và thực thể, các dấu hiệu khi thăm khám. X quang thì không có tổn thương vùng dây chằng và cuống răng.

6. Điều trị

6.1. Với viêm tủy không hồi phục thì người ta chụp tủy, có hai cách là chụp trực tiếp và gián tiếp.

6.1.1. Chụp tủy gián tiếp: lỗ sâu ngà sâu, đáy chỉ còn cách buồng tủy một lớp ngà mỏng, nhìn thấy ánh hồng ở tủy phản chiếu. Sau khi làm sạch tạo hình và sát trùng hốc hàn, đặt một lớp Eugenate xuống đáy dày độ 1-2mm trên hàn một lớp xi măng phosphat và theo dõi 2-4 tuần nếu không có cơn đau nhức tự nhiên thì hàn vĩnh viễn.

6.1.2. Chụp tủy trực tiếp: trong quá trình lấy ngà mủn và tạo hốc hàn, vô tình làm hở tủy. Thấy ở đáy lỗ sâu có một điểm đỏ máu. Thăm khô, sát trùng lỗ sâu. Đặt một lớp hydroxytcanxi $\text{Ca}(\text{OH})_2$ lên trên chỗ tủy hở, dày độ 1-2mm. Trên lớp này hàn một lớp Eugenate, trên cùng là xi măng phosphat. Theo dõi 4-6 tháng nếu không có đau nhức tự nhiên thì ta lấy bột chất hàn và hàn vĩnh viễn cho bệnh nhân.

6.2. Điều trị tủy không hồi phục (T2) chỉ định là lấy tủy, nong rộng, bơm rửa sạch và hàn kín ống tủy.

Hiện nay kỹ thuật điều trị và phương tiện đầy đủ nên kết quả điều trị tốt hơn rất nhiều so với vài chục năm trước đây. Có 3 kỹ thuật được các nhà sĩ trong và ngoài nước áp dụng là:

- Kỹ thuật bước xuống.



- Kỹ thuật bước lùi.
- Kỹ thuật bước lại: kết hợp giữa hai bước trên.

Các bước trong điều trị tuỷ cần tuân thủ và thực hiện đúng trình tự các bước.

- **Bước 1:** mở lấy tuỷ: tuỷ còn sống có thể gây tê hoặc đặt thuốc diệt tuỷ. Sau đó dùng châm gai lấy toàn bộ tuỷ buồng và tuỷ thân răng.

- **Bước 2:** tạo hình ống tuỷ

Đầu tiên xác định chiều dài ống tuỷ bằng file số 10. Sau đó dùng các cây nong các cỡ từ nhỏ tới lớn, tuỷ theo kỹ thuật bước xuống, bước lùi hay bước lại mà thực hiện. Kết thúc phải đảm bảo hình ống tuỷ nhẵn, thuôn hình chóp, đáy từ miệng ống tuỷ thuôn dần tới lỗ cuống răng. Có thể sử dụng profile hoặc protaper tay hoặc máy.

- **Bước 3:** sát trùng và làm sạch bằng dung dịch natrihypochlorid 5% hoặc oxy già 5-6% bơm rửa sau mỗi lần nong và dũa cho tới khi nước trong.

- **Bước 4:** hàn ống tuỷ. Dùng xi măng trám tuỷ AH₂₆ và côn gutta percha. Đưa gutta và xi măng vào từng đoạn ống tuỷ và lèn chặt 1/3 dưới, 1/3 giữa và 1/3 trên và thực hiện phương pháp lèn dọc và lèn ngang làm sao ống tuỷ được hàn kín để tránh nhiễm khuẩn sau này. Sau khi hàn ống tuỷ cho chụp phim, kiểm tra xem đã hàn khít sát và kín cuống chưa, nếu chưa thì điều chỉnh lại cho đạt.

- **Bước 5:** hàn kín lỗ sâu bên trên, tácó thể dùng vật liệu composite đối với răng trước và amalgam đối với răng hàm vì nó chịu lực nhai lớn. Đối với các răng có tổn thương bệnh lý lớn ở thân răng hoặc thành xung quanh mỏng khi ăn nhai có nguy cơ nứt vỡ. Tốt nhất sau khi chữa tuỷ nên làm chụp răng cho bệnh nhân.

6.3. Điều trị tuỷ hoại tử

Các bước điều trị như trong viêm tuỷ không hồi phục, chỉ khác là tuỷ đã chết nên không phải gây tê lấy tuỷ hay đặt thuốc diệt tuỷ. Trong bước tạo hình tuỷ và làm sạch cần dùng thuốc tẩy mùi đặt vào trong ống tuỷ như bác tri cresol formaline sẽ khử mùi hôi. Chỉ hàn tuỷ khi nào bơm rửa ống tuỷ hết mùi hôi.

VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG

1. Định nghĩa

Là bệnh tổn thương vùng quanh răng và cuống răng ở 1/3 dưới của chân răng.

2. Nguyên nhân

2.1. Biến chứng của viêm tủy hoại tử

2.2. Do điều trị tủy chưa tốt hàn chưa tới cuống hoặc quá cuống

2.3. Do sang chấn răng, khớp cắn, mòn răng

2.4. Do trong quá trình nong rộng và làm sạch ống tủy đẩy vi khuẩn xuống cuống răng hoặc do kích thích của hoá chất trong quá trình điều trị tủy.

2.5. Do viêm quanh răng

3. Phân loại viêm quanh cuống răng (VQC)

Dựa theo biểu hiện lâm sàng với các mức độ khác nhau

3.1. Viêm quanh cuống bán cấp (VQC1)

3.2. VQC cấp tính (VQC2)

3.3. VQC mạn tính (VQC3)

4. Triệu chứng lâm sàng

4.1. VQC bán cấp (VQC1)

Toàn thân bệnh nhân thấy khó chịu hoặc sốt nhẹ hoặc gây gây sốt.

Cơ năng: đau âm ỷ liên tục ở răng tổn thương, đau tăng khi hai hàm chạm nhau, cảm giác răng chồi.

Thăm khám: ngoài mặt không biến dạng nhưng ấn vùng da tương ứng thì bệnh nhân có đau; không có hạch.

Trong miệng: ngách lợi tương ứng răng bệnh thì đầy, ấn đau, lợi nề và đỏ. Răng đổi màu, thường là răng tủy hoại tử chưa được điều trị.

Gõ răng: đau nhiều khi gõ dọc, gõ ngang đau ít, răng có cảm giác lung lay. Thử tủy không đáp ứng vì tủy chết.

Chụp phim: vùng dây chằng quanh cuống răng giãn rộng

4.2. Viêm quanh cuống cấp tính

Toàn thân có sốt 38-39°C, mệt mỏi khó chịu. Có phản ứng hạch, sờ nắn đau.

Cơ năng: đau liên tục, dữ dội đặc biệt khi chạm răng đối diện. Bệnh nhân cảm giác răng chồi cao.

Thăm khám: ngoài mặt da tương ứng vùng răng bệnh hơi nề, đỏ và ấn đau. Có hạch phản ứng, di động và ấn đau.

Trong miệng: ngách lợi đầy, sưng nề, đỏ, ấn nhẹ đau; răng đổi màu. Có lỗ sâu chưa được điều trị, tuỷ hoại tử có mùi hôi. Gõ dọc rất đau, gõ ngang đau ít, răng lung lay độ II.

Xquang: dây chằng vùng cuống răng giãn rộng, mờ vùng cuống do viêm.

4.3. Viêm quanh cuống mạn tính (VQC₃)

Toàn thân không có biểu hiện

Triệu chứng cơ răng: bệnh nhân không đau nhức, chỉ có thấy mùi hôi ở miệng và có tiền sử răng bị đau, sưng.

Thực thể: ngoài miệng không có gì đặc biệt, đôi khi có rò ngoài da vùng má, góc hàm.

Trong miệng: răng nguyên nhân đổi màu, ngách lợi tương ứng cuống răng có lỗ rò, ấn có mủ hoặc lỗ rò thành sẹo.

Thử tuỷ không đáp ứng: phân biệt với tuỷ hoại tử ở chỗ VQC₃ có tiền sử đau sưng và hiện tại có lỗ rò. Răng lung lay độ II.

X quang: hình ảnh viêm quanh cuống là giãn rộng dây chằng vùng cuống, mờ xương vùng quanh cuống, có thể có u hạt và nang.

5. Chẩn đoán: các thể dựa vào triệu chứng lâm sàng cơ năng, toàn thân và tại chỗ, triệu chứng thực thể thăm khám răng bệnh và dựa vào hình ảnh Xquang.

6. Điều trị

Dựa vào tình trạng thực tế của răng mà có chỉ định thích hợp.

6.1. Bảo tồn răng: nếu răng chưa được chữa tuỷ, xương ổ răng chưa tiêu, răng tương đối chắc và chân răng không bất thường. Quy trình điều trị như trong điều trị tuỷ răng không hồi phục. Ở thể cấp, chữa tuỷ sau khi dùng kháng sinh.

6.2. Nhổ răng: điều trị tuỷ nhiều lần không có kết quả; chân răng bất thường cong, nứt gãy; gãy dụng cụ điều trị tuỷ trong chân răng.

BỆNH QUANH RĂNG

1. Định nghĩa: bệnh quanh răng là bệnh gây tổn thương các mô chống đỡ quanh răng, gồm có: lợi, dây chằng quanh răng, xương răng và xương ổ răng. Hậu quả của bệnh làm răng lung lay mất chức năng ăn nhai, dẫn đến phải nhổ bỏ.

2. Cấu tạo thành phần của mô quanh răng. Như trên đã nói mô quanh răng gồm 4 thành phần.

2.1. Lợi

Là phần niêm mạc biệt hoá ôm cổ răng, một phần chân răng vào xương ổ răng. Lợi có hai phần; lợi tự do và lợi bám dính. Lợi tự do là phần ôm cổ răng nhưng không dính vào răng; phần dính vào cổ răng tạo với mặt trong bờ lợi và răng một rãnh sâu 0,5-1mm gọi là rãnh lợi sinh lý. Phần quanh cổ răng là viền lợi hay bờ lợi phần giữa các răng là nhú lợi.

– Lợi dính là phần lợi tiếp nối lợi tự do từ đáy rãnh lợi và dính vào mô chân răng và một phần xương ổ răng. Màu lợi hồng nhạt, bề mặt lồi lõm có những nổi sần như vỏ cam chịu được lực ma sát của thức ăn khi ăn nhai. Chức năng của lợi là bảo vệ chân răng và xương ổ răng không để cho tác nhân ngoại lai xâm nhập vào khe quanh răng và xương ổ răng, ngoài ra lợi cũng tạo thẩm mỹ cho cung răng và hàm răng.

2.2. Dây chằng quanh răng là mô mềm, gồm chủ yếu là các sợi keo ở khe quanh răng, một đầu bám vào xương chân răng và đầu kia bám vào thành trong huyết răng của xương ổ răng. Vai trò của dây chằng quanh răng là giữ răng chắc trong xương và phân tán truyền lực nhai vào xương và là lớp đệm để tránh chấn thương chân răng. Có 4 nhóm dây chằng trong khe quanh răng là nhóm mào ổ răng, nhóm chéo, nhóm ngang và nhóm nan hoa ở cuống răng. ổ răng nhiều chân còn có dây chằng nối giữa các chân răng vùng chề.

2.3. Xương răng: là sự lắng đọng calci trên bề mặt chân răng, gồm có hai loại: xương răng không có tế bào hay là xương răng tiên phát là phần xương răng phủ 1/3 trên chân răng từ đường nối men - xương răng ở cổ răng. Hai là xương răng có tế bào, phủ 2/3 chân răng còn lại. Vai trò của xương răng là bảo vệ ngà chân răng và làm nơi bám của dây chằng quanh răng.

2.4. Xương ổ răng là phần lõm của xương hàm để các chân răng cắm vào. Xương ổ răng gồm hai phần. Xương thành trong huyết răng là xương đặc gọi là lá cứng, trên bề mặt có các lỗ nhỏ để mạch máu và thần kinh trong xương hàm chui qua dinh dưỡng cho khe quanh răng. Mặt này là nơi bám của dây chằng quanh răng.

- Xương xóp được giới hạn bởi thành trong huyết răng, mặt ngoài và mặt trong của xương hàm và huyết răng kế cận. Chức năng xương ổ răng một là giữ răng chắc trong xương hàm cùng với dây chằng quanh răng; hai là phân tán lực nén lên chân răng khi ăn nhai và tránh sang chấn cho răng.

3. Bệnh căn bệnh sinh: có nhiều yếu tố và nguyên nhân gây bệnh, người ta chia làm 2 nhóm:

3.1. Các yếu tố ngoại lai: tức là các yếu tố tại chỗ ngoài vùng quanh răng ở trong miệng bao gồm:

- Cung răng không đều, răng mọc lệch lạc.
- Sang chấn khớp cắn.
- Chất hàn thừa vào kẽ lợi, hàn kênh.
- Mảng bám răng mà bản chất là mảng vi khuẩn. Các vi khuẩn thường gặp nhất liên quan đến bệnh quanh răng là: *porphyromonas Gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Fusobacteria* và *Treponema*.
- Cao răng
- Vệ sinh răng miệng kém và hút thuốc lá.

3.2. Các yếu tố nội tại: như rối loạn nội tiết tuổi dậy thì, thai nghén và nuôi con bú; bệnh liên quan nội tiết như đái tháo đường, bệnh tuyến giáp trạng... Thiếu sinh tố, đặc biệt là sinh tố C, suy dinh dưỡng, các bệnh hệ thống; di truyền....

4. Dịch tễ học và phân loại

4.1. Dịch tễ học: bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, ở tuổi trẻ là viêm lợi, tuổi trung niên là viêm quanh răng; bệnh tăng theo tuổi; không phân biệt chủng tộc, vùng địa lý, đời sống kinh tế và văn hoá. Để nghiên cứu bệnh, người ta dùng các chỉ số đánh giá như chỉ số lợi (G.I); chỉ số quanh răng (P.I); chỉ số vệ sinh (OHI); chỉ số nhu cầu điều trị bệnh quanh răng cộng đồng (CPITN). ...

4.2. Phân loại bệnh quanh răng. Theo các tác giả Tây Âu và Mỹ cũng như Tổ chức Y tế Thế giới; việc phân loại dựa vào liên quan tới mảng bám hay không

4.2.1. Bệnh liên quan tới mảng bám vi khuẩn

a. Viêm lợi

- Viêm cấp tính: viêm lợi loét hoại tử cấp.
- Viêm mạn tính

Do các yếu tố tại chỗ như cao răng, chụp răng, hàn răng và hàm giả, mô mềm.



b. Viêm quanh răng

- Mạn tính
 - + VQR mạn tính người lớn tuổi
 - + VQR sớm
 - VQR tuổi trẻ
 - VQR tiến triển nhanh
 - VQR trước tuổi dậy thì
 - + VQR kháng
- Cấp tính
 - + Áp xe quanh răng
 - + Viêm quanh răng loét hoại tử

4.2.2. Bệnh không liên quan tới mảng bám vi khuẩn

- Sang chấn
 - + Sang chấn khớp cắn
 - + Sang chấn gây co lợi
- Nhiễm trùng
 - + Viêm lợi miệng herpes cấp
- Miễn dịch
 - + Viêm lợi bong vảy

4.3. Ở Việt Nam, dựa vào thực tế lâm sàng, phân bệnh quanh răng gồm các loại sau

4.3.1. Bệnh viêm lợi

a. Viêm lợi thông thường

- Cấp tính
- Mạn tính

b. Viêm lợi miệng herpes

c. Viêm lợi loét hoại tử cấp

4.3.2. Bệnh viêm quanh răng

- a. Viêm quanh răng người trẻ tuổi
- b. Viêm quanh răng mạn tính người lớn

- c. Viêm quanh răng tiến triển nhanh
- d. Viêm lợi loét hoại tử cấp viêm quanh răng
- e. Viêm quanh răng HIV/AIDS

4.3.3. *Teo vùng quanh răng*: gồm có teo sinh lý và teo do bệnh lý

BỆNH VIÊM LỢI

Viêm lợi và viêm quanh răng là hai bệnh thường gặp nhất trong bệnh quanh răng, có đặc điểm là dễ tái phát và thường là mạn tính.

1. Nguyên nhân: bệnh viêm lợi do nhiều nguyên nhân khác nhau, gồm:

1.1. Vi khuẩn trong hốc miệng, đặc biệt là vi khuẩn trong mảng bám răng trên bề mặt răng và lợi, bản chất là màng vi khuẩn. Độc tố của vi khuẩn và sản phẩm của nó phá vỡ tế bào gây viêm, thường gặp ở người vệ sinh răng miệng kém.

1.2. Vật lý, cơ học, nhiệt do ăn thức ăn quá nóng và cứng

1.3. Hoá học: những người làm ở phòng thí nghiệm hoá học, tiếp xúc với các hoá chất như thủy ngân, các acid... làm rộp và đổi màu lợi.

1.4. Chấn thương: các sang chấn ở lợi như thức ăn cứng, va đập vào lợi, thứ ăn dắt vào kẽ răng, khớp cắn sâu, sang chấn....

1.5. Do thuốc: aspirin gây bong lợi. Oxy già 56-100V dùng trong điều trị tủy gây bong rộp lợi; hàn thừa vào kẽ răng, răng giả làm sai kỹ thuật, bệnh nhân tinh thần kinh dùng thuốc điều trị có dilantin (dyphenyl hydantonic) gây phì đại lợi.

1.6. Nội tiết tố tuổi dậy thì, thai nghén và nuôi con bú

1.7. Do bệnh toàn thân như bệnh đái đường, bệnh tuyến giáp

Ngoài ra ở người suy dinh dưỡng và thiếu sinh tố, đặc biệt là sinh tố C làm cho mạch máu giòn dễ vỡ gây chảy máu và viêm, đặc biệt là ở lợi.

2. Triệu chứng lâm sàng: về sự tiến triển của bệnh người ta chia hai loại, viêm lợi cấp tính và viêm lợi mạn tính.



2.1. Viêm lợi cấp tính thông thường

- Sưng: lợi phù nề, các mạch máu xung huyết và tăng sinh làm bờ lợi phồng lên, đôi khi quá sản màu đỏ và bề mặt lợi căng; nhìn không thấy sần lấm tấm như vỏ cam ở lợi bình thường; trương lực giảm và mất độ săn chắc.
- Đau: vì xung huyết máu ép vào các mạc đoạn thần kinh cảm giác (plexus) gây đau tại vùng viêm và đau lan, đau nhức.
- Có dịch rỉ viêm trong hoặc đục.
- Chảy máu khi thăm khám, đôi khi chảy máu tự nhiên khi mút, chíp tủy theo mức độ nặng nhẹ. Chỉ số lợi: 2-3.
- Phản ứng toàn thân: thường ít khi sốt. Đôi khi có sốt nhẹ đến trung bình như trong viêm lợi herpes cấp.
- Tình trạng vệ sinh răng miệng kém, thăm khám thấy nhiều bọt răng và cao răng, miệng hôi.

2.2. Viêm lợi mạn tính

Khi viêm lợi cấp không được điều trị triệt để và dự phòng tốt bệnh sẽ chuyển sang mạn tính; biểu hiện các triệu chứng không rõ ràng, ổn ào như thể cấp.

- Lợi phù nề ít, màu đỏ tươi ở đường viền quanh răng hoặc tái nhạt, bờ lợi bong, trương lực kém, có khi lợi phì đại.
- Có dịch rỉ viêm đặc hoặc mũ, miệng hôi.
- Đau ít hoặc không
- Thăm túi có chảy máu, không chảy máu tự nhiên.
- Toàn thân không sốt.
- Vệ sinh răng miệng kém, có nhiều cao răng và bọt răng; chỉ số lợi > 2
- X quang: xương ổ răng bình thường.

Ngoài ra còn có thể viêm lợi phì đại mạn tính, điều trị dai dẳng

3. Chẩn đoán

Dựa vào lâm sàng và X quang, cần phân biệt viêm cấp tính và mạn tính và phân biệt với viêm lợi loét cấp để có phương pháp điều trị đúng.

4. Điều trị viêm lợi: trong tất cả các thể, vệ sinh răng miệng là tối quan trọng.

4.1. Thể viêm lợi cấp

Trong giai đoạn cấp, chống chỉ định phẫu thuật.

- Tại chỗ: bơm rửa lợi bằng nước oxy già 3-6% hoặc tím gentian 1%, chấm thuốc giảm đau. Cho bệnh nhân súc miệng nước muối 9‰ hoặc chlohexidin 0,12% ngày 2-3 lần. Hai ba ngày sau tiến hành lấy cao răng và mảng bám răng. Hướng dẫn bệnh nhân ăn thức ăn mềm, tránh thức ăn cứng; chăm sóc răng miệng, đặc biệt là chải răng đúng kỹ thuật.

- Toàn thân: uống kháng sinh và sinh tố.

4.2. Điều trị thể mạn tính

- Lấy cao răng, mảng bám răng

- Lấy chất hàn thừa, sửa hàn kênh gây sang chấn cuống răng. Chỉnh sửa răng hàm giả sai kỹ thuật.

- Phẫu thuật điều chỉnh bờ và nhú lợi trong thể viêm phì đại nhưng điều trị bảo tồn không có kết quả.

VIÊM LỢI LOÉT HOẠI TỬ CẤP

Định nghĩa: viêm lợi loét hoại tử cấp là một bệnh nhiễm trùng, hậu quả của viêm lợi cấp, có đặc điểm loét và hoại tử bờ và nhú lợi.

1. Nguyên nhân

- Viêm lợi mạn tính không được điều trị triệt để, là ổ viêm tiềm tàng ở lợi, khi có điều kiện bệnh sẽ bùng phát nặng và có tổn thương loét.

- Nghiện thuốc lá và rượu: ở những người này, lợi bị nhiễm độc chất nicotin và alcohol nên dễ bị viêm và loét.

- Viêm quanh răng: tổn thương toàn bộ các mô quanh răng, giảm sức đề kháng tại chỗ của lợi.

- Sang chấn tâm lý: ảnh hưởng lớn không chỉ toàn thân mà tại chỗ ở lợi gây rối loạn tuần hoàn lợi, vi khuẩn có cơ hội phát triển và gây bệnh.

- Bệnh tâm thần và suy dinh dưỡng ảnh hưởng trực tiếp và lâu dài tới biểu mô lợi.

- Những người nhiễm HIV/AIDS: hệ thống miễn dịch suy giảm dễ bị nhiễm trùng cơ hội và loét ở lợi.

- Nhiễm trùng cấp tính liên quan đến vi khuẩn ở miệng như fusiform bacilli, spirochetes, B. intermedius

- Gặp tỷ lệ cao ở những người rối loạn về máu, suy dinh dưỡng, hội chứng Down, ung thư ruột.



2. Dịch tễ học

Theo điều tra dịch tễ học thì tuổi gặp < 10 ở các nước nghèo và từ 17-35 tuổi ở các nước phát triển.

- Người ta đã xác định bệnh này không lây nhiễm, do đó không phải cách ly.
- Bệnh thường phát ở nơi công cộng, khu tập thể, ký túc xá. Các tác giả Na Uy nghiên cứu thấy những binh lính ở hầm hào lâu trong chiến tranh thế giới thứ nhất bị viêm lợi loét nhiều và gây hoại tử bờ và nhú lợi.
- Về vi khuẩn học, năm 1890 Plaut & Vincent cho rằng viêm lợi loét hoại tử cấp là do thoi xoắn khuẩn (fusospirochetal microorganism) gọi là Borrelia Vincent kích thước 5-10 μ . Ngày nay người ta thấy vai trò của xoắn khuẩn (spirochetes) và thoi khuẩn (fusiform bacteria) và bacteroides intermedius.

3. Triệu chứng lâm sàng

Toàn thân sốt 38-39°C và có phản ứng hạch.

Cơ năng: bệnh nhân rất đau ở lợi, có chảy máu khi chạm phải và chảy máu tự nhiên. Hơi thở hôi.

Tại chỗ: lợi viêm, đặc biệt là ở bờ lợi và nhú lợi có hoại tử và loét các nhú lợi (nút), có giả mạc. Lợi không phì đại, túi không sâu, thăm rất đau và chảy máu, có chảy máu tự nhiên.

4. X quang: xương ổ răng không bị ảnh hưởng, không có hình ảnh tiêu xương ổ răng.

5. Chẩn đoán: dựa vào các triệu chứng lâm sàng đặc hiệu, đặc biệt là tổn thương loét ở các nhú lợi giữa các răng và rất đau, có khi thấy nút ở nhú lợi, dễ chảy máu khi chạm nhẹ và chảy máu tự nhiên; có giả mạc (fibrin, chất cặn) miệng hôi, có sốt và có hạch. Trên phim, xương ổ răng bình thường. Cần phân biệt với viêm lợi cấp, chấn thương lợi, một số trường hợp giống viêm lợi loét hoại tử cấp như viêm lợi bong vẩy do mất cân bằng hormon ở phụ nữ có thai, dậy thì, pemphigoid màng niêm mạc lành tính, viêm lợi herpes tiên phát, viêm đường viên lợi tiến triển.

6. Điều trị: cần phối hợp điều trị toàn thân và tại chỗ

6.1. Điều trị toàn thân: sử dụng kháng sinh toàn thân như penicillin, tetracyclin, giảm đau và sinh tố kèm theo.

6.2. Điều trị tại chỗ: bơm rửa bằng oxy già 3-5% ngày 2 lần. Vài ngày sau bệnh lui thì tiến hành làm vệ sinh tại chỗ như loại trừ cao răng, mảng bám răng và làm nhẵn mặt chân răng và các thủ thuật khác. Sau lần đầu tiên, hẹn bệnh nhân đến khám lại sau 2 ngày, 5 ngày và sau 2 tuần, và tiếp tục hướng dẫn bệnh nhân chăm sóc răng miệng tại nhà.

VIÊM QUANH RĂNG MẠN TÍNH Ở NGƯỜI LỚN

Thường gặp ở người trung niên; bệnh phát triển chậm chạp từ từ trong nhiều năm.

1. Triệu chứng lâm sàng: gồm 5 triệu chứng điển hình

1.1. Viêm lợi mạn tính thanh dịch hoặc có mũ: là dịch rỉ viêm từ lợi viêm trong hoặc đục.

1.2. Có túi quanh răng: túi sâu nông tùy theo sự nặng nhẹ của bệnh, nếu túi sâu $\geq 3,5\text{mm}$ là bệnh lý.

1.3. Có tiêu xương ổ răng: thấy trên lâm sàng là túi sâu, đáy túi hướng về phía cuống răng và trên hình ảnh Xquang thấy mào xương tiêu có thể tiêu ngang và tiêu dọc.

1.4. Lợi co, hở cổ và chân răng: do mất bám dính và tiêu xương ổ răng

1.5. Răng lung lay và di chuyển

Bệnh tiến triển chậm chạp, lành tính qua 3 giai đoạn

– Giai đoạn 1: là giai đoạn khởi đầu, bệnh nhân cảm thấy có viêm lợi, chảy máu lợi và miệng hôi. Thực thể: lợi viêm mạn tính, nhiều cao răng và mảng bám răng. Thăm túi thấy sâu 3,5mm, ấn có dịch chảy ra từ túi, răng chưa lung lay. X quang thấy có hiện tượng tiêu mào ổ răng.

– Giai đoạn tiến triển: khi không được điều trị thì bệnh càng phát triển, dây chằng quanh răng bị phá hủy, xương ổ răng tiêu nhiều hơn, túi sâu $> 3,5\text{mm}$ và có mũ, răng lung lay nhìn thấy, độ 2 và độ 3. Lợi co hở cổ răng và chân răng. Trên X quang thấy xương ổ răng tiêu ngang và dọc, tiêu dọc nhiều hơn. Cần can thiệp điều trị tích cực.

– Giai đoạn biến chứng hay giai đoạn cuối. Bệnh nặng hơn có áp xe quanh răng một vùng hoặc nhiều vùng bệnh nhân rất đau, không ăn nhai được, răng lung lay nhiều. Túi sâu $> 6\text{mm}$ lợi co và hở chân răng nhiều hơn. Có khi gặp viêm tuỷ răng ngược dòng. Cần can thiệp cấp cứu tại chỗ và toàn thân.

Trên X quang thấy xương ổ răng tiêu nhiều quá 2/3 chiều dài chân răng, răng lung lay độ 3 và 4

2. Chẩn đoán: dựa vào triệu chứng lâm sàng và Xquang để chẩn đoán giai đoạn bệnh.

3. Điều trị: viêm quanh răng gồm một phức hợp điều trị vì do nhiều nguyên nhân nên không có phương pháp điều trị đặc hiệu.



3.1. Điều trị khởi đầu

- Loại trừ cao răng và mảng bám.
- Sửa chữa chất hàn thừa, kênh và sai sót trong phục hình răng giả như cầu chụp sai kỹ thuật, nền hàm vênh, móc không đạt yêu cầu...
- Chỉnh sửa sang chấn khớp cắn.
- Cố định tạm thời các răng lung lay để lấy cao răng và chuẩn bị cho phẫu thuật.
- Nhổ các răng có chỉ định
- Hướng dẫn bệnh nhân chăm sóc răng tại nhà đặc biệt là phương pháp chải răng đúng kỹ thuật.

3.2. Điều trị túi quanh răng: bằng liệu pháp oxy già hoặc kháng sinh tại chỗ để tạo điều kiện tái bám dính mô quanh răng, nạo túi.

3.3. Điều trị phẫu thuật: chỉ định khi điều trị bảo tồn không kết quả. Mục đích là nhìn trực tiếp phần bệnh lý ở bên trong để làm cho triệt để. Có rất nhiều phương pháp phẫu thuật: nạo túi lợi mở, phẫu thuật vạt và ghép xương ổ răng, ghép lợi tự do...

3.4. Điều trị áp xe quanh răng: cần dẫn lưu mủ tốt và điều trị những răng bị viêm tủy răng ngược dòng.

3.5. Điều trị duy trì: hẹn bệnh nhân đến khám định kỳ, đánh giá lại để duy trì kết quả sau điều trị phục hình những răng đã mất để phục hồi chức năng ăn nhai.

3.6. Điều trị toàn thân trong thể cấp: kháng sinh phối hợp, phổ rộng, giảm đau và nâng cao thể trạng.

CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH NHỔ RĂNG

Trong nha khoa, nhổ răng là một thủ thuật cần thiết để loại trừ răng bệnh mà không còn khả năng điều trị và đối với răng sữa cần nhổ đúng tuổi răng thay khi răng sữa không rụng. Vì vậy các bác sĩ răng hàm mặt cần phải nắm chắc chỉ định và chống chỉ định nhổ răng để giữ cho hàm răng lành mạnh.

1. Chỉ định nhổ răng

1.1. Chỉ định nhổ răng sữa

- Khi răng đến tuổi thay mà răng sữa chưa rụng



- Răng điều trị nhiều lần mà không có kết quả và có thể nhiễm trùng gây viêm mầm răng ở dưới
- Răng bị bệnh, biến chứng áp xe và rò nhiều lần mà nếu chữa tuỷ sẽ không có kết quả.

1.2. Chỉ định nhổ răng vĩnh viễn

- Răng điều trị nhiều lần không khỏi và gây biến chứng
- Răng lung lay độ 3, đứng một mình cản trở khi bệnh nhân làm hàm giả.
- Răng lung lay độ 4, trong viêm quanh răng
- Răng nhổ theo chỉ định của chỉnh nha
- Răng nằm trong vùng điều trị tia xạ
- Răng bị tai biến trong điều trị tuỷ như để gây dụng cụ trong ống tuỷ, thủng sàn, chân quá cong mà khả năng không có kết quả.
- Răng khôn mọc lệch gây biến chứng

2. Chống chỉ định nhổ răng

2.1. Chống chỉ định nhổ răng sữa

- Trẻ đang bị bệnh cấp tính
- Trẻ bị bệnh về máu như ưa chảy máu, leucose, suy tuỷ xương, rối loạn tiểu cầu...
- Không có mầm răng vĩnh viễn thay thế

2.2. Chống chỉ định nhổ răng vĩnh viễn

Chống chỉ định tuyệt đối

- Người bị bệnh máu, suy tuỷ xương, bệnh tâm thần nặng.
- Người đang bị nhiễm trùng cấp tính

Chống chỉ định tương đối

Hoãn nhổ khi:

- Phụ nữ đang hành kinh
- Có thai 3 tháng đầu và tháng cuối trước sinh
- Đang nuôi con bú < 6 tháng
- Vệ sinh răng miệng quá kém.
- Suy tim chưa được điều trị tốt.
- Đái đường mà đường huyết quá cao > 15g/l không kiểm soát được.
- Huyết áp cao đột biến.



VIÊM NHIỄM THÔNG THƯỜNG TRONG RĂNG HÀM MẶT

Ở nước ta, bệnh nhiễm trùng vẫn còn là vấn đề lớn, gây thương tổn ở tất cả các cơ quan bộ phận của cơ thể, trong đó có răng hàm mặt, cần biết được các viêm nhiễm thường gặp để xử trí kịp thời và dự phòng hữu hiệu.

1. Nguyên nhân

Vùng hàm mặt giàu mạch máu và thần kinh có phần mềm da, cơ, niêm mạc, xương mặt và răng, các tuyến nước bọt rất dễ bị viêm nhiễm. Có hai loại nguyên nhân thường gặp:

1.1. Nguyên nhân do răng

- Do biến chứng của bệnh tuỷ răng và viêm quanh cuống răng không được điều trị hoặc điều trị không tốt. Vi khuẩn từ tuỷ răng ra cuống răng vào xương hàm và phần mềm, đặc biệt là các vi khuẩn kỵ khí.
- Do biến chứng của viêm quanh răng: vi khuẩn từ túi mũ quanh răng lan vào xương ổ răng gây áp xe quanh răng và viêm mô tế bào.
- Biến chứng do mọc răng, đặc biệt là răng khôn hàm dưới vì là răng mọc sau cùng, thiếu chỗ, nên dễ bị mọc lệch, lợi trùm hoặc ngậm trong xương dễ gây biến chứng.

1.2. Nguyên nhân không do răng

- Nhiễm trùng huyết: vi khuẩn qua đường máu và khu trú ở xương hàm gây viêm xương tuỷ, đặc biệt là hàm trên.
- Nhiễm khuẩn từ các khối u, nang lành và ác trong xương hàm.
- Chấn thương phần mềm và xương, gãy xương hàm mặt hở.
- Tai biến do nhổ răng: sót chân, dập nát tổ chức, thủ thuật không được vô trùng.

2. Áp xe vùng má: vùng má được giới hạn bởi: phía trước là rãnh mũi - má và môi - má; phía sau là bờ trước cơ cắn; phía trên là xương gò má và cung tiếp; phía dưới là bờ dưới xương hàm dưới.

2.1. Nguyên nhân: do nhiễm trùng từ các răng hàm nhỏ trên và dưới, áp xe di cư mà nguyên nhân từ răng khôn hàm dưới, mũ từ túi viêm quanh thân răng khôn, theo gờ chéo ngoài tụ lại ở cơ mút gây áp xe vùng má. Do nang chân răng nhiễm trùng.



2.2. Lâm sàng

Toàn thân mệt mỏi, sốt cao 38-39°C, có phản ứng hạch dưới hàm. Tại chỗ: những ngày đầu thấy sưng nóng, đỏ, đau vùng má làm đầy rãnh mũi - má. Khi viêm hoá mủ thì đỡ đau.

Khám trong miệng thấy niêm mạc má phồng đỏ. Có thể thấy rằng nguyên nhân đang bị viêm quanh cuống hoặc răng khôn đang mọc bị viêm quanh thân răng. Khi mủ tụ, sờ thấy có dấu hiệu chuyển sóng. Dùng ngón tay chỏ trong miệng và ngón cái ấn ngoài da vùng má để tìm dấu hiệu này.

X quang thấy rằng nguyên nhân

Chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng và dấu hiệu chuyển sóng.

2.3. Điều trị

- Những ngày đầu điều trị kháng sinh toàn thân, giảm đau. Tháo trống tủy răng nguyên nhân.

- Khi có mủ thì chích dẫn mủ qua đường trong miệng. Rạch niêm mạc má song song cung răng chỗ phồng nhất, sau đó dùng kẹp Kocher đưa vào ổ mủ banh rộng để tháo mủ. Răng nguyên nhân tùy tình trạng bệnh có thể nhổ bỏ hoặc điều trị bảo tồn.

3. Áp xe vùng cơ cắn

Vùng cơ cắn được giới hạn bởi phía trước là vùng má, phía sau là vùng mang tai, phía trên là bờ dưới cung tiếp - gò má, phía dưới là góc hàm và bờ dưới xương hàm dưới.

3.1. Nguyên nhân: biến chứng do mọc răng khôn hàm dưới chiếm đa số và răng hàm lớn hàm dưới.

3.2. Lâm sàng

Toàn thân: sốt cao, ăn uống khó, khít hàm, mệt mỏi, đau nhức, mất ngủ.

Tại chỗ: sưng, nóng, đỏ, đau vùng cơ cắn. Sưng có thể lan ra vùng mang tai, má, dưới hàm.

Khám trong miệng: há miệng hạn chế hoặc không há được. Niêm mạc bờ trước cằm cao xương hàm dưới phồng, ấn đau. Có thể thấy rằng nguyên nhân là răng hàm lớn hàm dưới bị viêm quanh cuống hoặc răng khôn mọc lệch, ngầm, viêm quanh thân răng.

X quang: thấy rằng nguyên nhân là răng khôn mọc lệch.

Từ 7-10 ngày vùng viêm tụ mủ các triệu chứng toàn thân và tại chỗ dịu đi, sờ vùng cơ cắn thấy dấu hiệu chuyển sóng và chọc dò có mủ.



3.3. Điều trị

- Chống nhiễm trùng: kháng sinh liều cao, giảm đau.
- Dẫn lưu áp xe: có thể đi vào ổ mủ bằng hai đường
 - + Đường trong miệng (khi áp xe nằm ở bó sâu cơ cắn). Rạch niêm mạc dọc bờ trước cành cao xương hàm dưới, dùng kẹp Kocher luồn giữa mặt ngoài cành cao và mặt trong cơ cắn banh rộng để mủ thoát ra.
 - + Đường ngoài miệng: rạch da song song và cách bờ dưới xương hàm dưới 2cm. Dùng kẹp Kocher luồn mặt ngoài cành cao xương hàm dưới để vào ổ mủ, banh rộng tháo mủ.
- Nhổ răng nguyên nhân

4. Viêm tấy sàn miệng Ludwig

Đây là viêm tấy toả lan không có giới hạn và hoại thư vùng sàn miệng. Nhiễm trùng gồm các loại vi khuẩn ái khí và kỵ khí phối hợp gây tình trạng toàn thân rất nặng và tiên lượng xấu. Hầu hết các nhiễm khuẩn từ các chân răng hàm lớn hàm dưới lan qua xương hàm vào vùng sàn miệng.

4.1. Lâm sàng

4.1.1. Toàn thân: những ngày đầu bệnh nhân sốt cao 39-41°C, sau đó xuất hiện tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc nặng. Mạch nhiệt có thể phân ly, bệnh nhân thao cuồng, vật vã, khó thở, khó nuốt.

Xét nghiệm thấy bạch cầu tăng cao, đặc biệt là đa nhân trung tính, urê, đường máu tăng, tốc độ lắng máu tăng cao, có thể có albumin niệu và đường niệu.

4.1.2. Tại chỗ

-Ngoài miệng: sưng to vùng dưới hàm và sàn miệng một bên sau đó lan nhanh sang hai bên, sưng lan sang phần dưới của má ở góc hàm, xuống vùng cổ, tận xương đòn. Mặt hình quả lê, da đỏ căng, chắc. Sờ có thể thấy dấu hiệu lạo xạo hơi dưới da (hoại thư sinh hơi).

Trong miệng: miệng ở tư thế nửa há (há không được to, ngậm không được kín). Sưng to hai bên vùng dưới lưỡi, đẩy lưỡi lên cao và tụt ra sau gây khó thở, khó nuốt và khó nói. Nước bọt chảy nhiều, mùi hôi thối. Có thể thấy răng nguyên nhân hay gặp là răng hàm lớn hàm dưới tuỷ chết, viêm quanh cổ.

4.2. Tiến triển: rất nặng nếu không điều trị tích cực, bệnh nhân có thể tử vong do khó thở cấp, nhiễm trùng huyết, áp xe não, viêm tắc tĩnh mạch xoang hang hoặc viêm trung thất.



4.3. Điều trị cần phải điều trị sớm, tích cực

- Toàn thân: chống nhiễm trùng, nhiễm độc: kháng sinh liều cao, phối hợp giữa nhóm β -lactamin và nhóm aminozid, có thể cho thêm metronidazol.
 - + Chống viêm: nhóm steroid hoặc men như maxilase
 - + Chống truy mạch: truyền dịch
 - + Chống ngạt thở: đặt nội khí quản hoặc mở khí quản.
- Tại chỗ:
 - + Rạch dẫn lưu rộng, càng sớm càng tốt. Rạch da hình móng ngựa từ góc hàm bên này sang bên kia cho thoát mủ. Bơm rửa sạch bằng oxy già 5-10 thể tích.
 - + Đặt dẫn lưu to qua đường rạch và bơm rửa nhiều lần trong ngày bằng nước muối đẳng trương, oxy già hoặc dung dịch Dakin.
 - + Nhổ răng nguyên nhân
 - + Phát hiện và điều trị sớm các biến chứng như viêm trung thất, viêm tắc tĩnh mạch xoang hang....

CẤP CỨU RĂNG MIỆNG THƯỜNG GẶP

Trong Răng hàm mặt, một số vấn đề có thể xảy ra cần phải xử trí cấp cứu như đau răng cấp, gãy răng do chấn thương hoặc xảy ra trong quá trình điều trị như nhổ răng, lấy cao răng, bệnh nhân có thể bị xỉu ngất, thậm chí shock do thuốc tê, chảy máu sau nhổ răng, lấy cao răng... Các bác sĩ Nha khoa cần phát hiện và xử trí kịp thời.

1. Đau răng cấp: do viêm tuỷ răng cấp, đau dữ dội thành từng cơn, nhất là vào ban đêm; bệnh nhân nhận biết được răng đau, đau lan, dùng các thuốc giảm đau không có kết quả. Khám thấy lỗ sâu, thăm châm bệnh nhân đau giật nảy vì chạm vào tuỷ, gõ ngang rất đau.

Xử trí: đặt bông xylocain 5-10% vào lỗ sâu

- Dùng một trong các thuốc giảm đau sau:
 - + Paracetamol 500mg uống 2-4 viên/ngày
 - + Alaxan 25mg uống 1-2viên/ngày
 - + Effergal 500mg x 1 viên uống ngay khi đau.



2. Sang chấn răng: bệnh nhân bị tai nạn ngã, va đập vào răng gây gãy vỡ răng, có thể gãy ngang, gãy dọc hoặc vỡ răng khỏi ổ răng.

2.1. Gãy ngang: thường gặp ở người trẻ do ngã hoặc va đập làm gãy răng cửa hoặc nhai phải sạn làm vỡ múi răng hàm.

Xử trí: nếu gãy chưa vào tuỷ thì lấy mảnh vỡ và điều trị như một sâu ngà và hàn bằng composite

– Nếu gãy vào tuỷ răng thì tuỳ tình trạng răng ta sẽ xử trí:

+ Tê tại chỗ, lấy bỏ phần vỡ gãy. Nếu răng đã đóng kín cuống thì lấy tuỷ và hàn ống tuỷ ngay để sau này có thể làm răng trụ.

+ Nếu răng chưa đóng kín cuống thì lấy hết phần tuỷ buồng (thân răng): Đặt Dyeal (hydroxyt.canxi); cho đến khi răng đóng kín cuống thì sẽ lấy tuỷ chân sau.

+ Nếu đường gãy ở 1/3 cuống chân răng thì điều trị tuỷ và mở nạo lấy phần cuống răng gãy.

2.2. Gãy dọc thân và chân răng, thường gặp ở răng hàm, người già

– Với răng 1 chân thì phải nhổ.

– Răng nhiều chân có thể lấy bỏ một phần, chữa tuỷ và bọc răng bằng chụp kim loại.

2.3. Răng rơi khỏi ổ

– Tiêm phòng uốn ván cho bệnh nhân

– Rửa sạch răng và ổ răng bằng dung dịch kháng sinh

– Cắm răng lại vào ổ

– Cố định với các răng bên cạnh bằng nẹp gắn composite trong 3 tuần.

3. Xỉu và ngất là trạng thái mất tri giác tạm thời một phần hay toàn bộ do thiếu oxy não.

3.1. Nguyên nhân

– Do mẫn cảm với thuốc tê khi nhổ răng

– Đau: bệnh nhân đau và mất ngủ những ngày trước đó nên khi tiêm thuốc tê dễ bị.

– Chảy máu kéo dài gây thiếu oxy não và làm bệnh nhân lo lắng.

– Ngoài ra còn có thể gặp ở bệnh nhân thần kinh căng thẳng, đói, một số bệnh toàn thân như nhồi máu cơ tim, loạn nhịp tim, hạ đường huyết, tai biến mạch não...

3.2. Lâm sàng và xử trí

3.2.1. **Xỉu là mất tri giác thoáng qua**, biểu hiện mặt xanh, toát mồ hôi, môi tái, chân tay bủn rủn.

Xử trí: để bệnh nhân nằm ngồi tư thế Fowler, nới lỏng khuy cổ áo, thắt lưng, tắt quạt. Xoa cồn vào thái dương, trán, gáy tóc mai, day nhân trung và gọi tên bệnh nhân. Đắp khăn ướt lên trán bệnh nhân sẽ dần phục hồi. Nhưng nếu mất tri giác > 1 phút thì cần tiêm thuốc trợ hô hấp và trợ tim.

3.2.2. **Ngất**: là trạng thái mất tri giác và ngừng thở ngừng tim tạm thời, là tình trạng rối loạn chức năng sống của cơ thể.

Triệu chứng: mặt tím tái, khó thở, thở nhanh sâu nông và ngừng mạch nhanh và không bắt được mạch. Tim đập yếu, huyết áp tụt.

Xử trí:

- Hà hơi thổi ngạt miệng - miệng 12-15 lần/phút
- Dùng thuốc trợ hô hấp và tuần hoàn: Campho 5ml dưới da hoặc coramin, cafein 1ml dưới da; có thể dùng hydrocortison 50-100mg tiêm tĩnh mạch.

Nếu ngừng thở, ngừng tim cần xử trí ngay:

- Xoa bóp tim ngoài lồng ngực 60 lần/phút và hà hơi thổi ngạt 12-15 lần/phút.
- Thực hiện cú đấm trước tim: nắm chặt tay để trước ngực bệnh nhân cách 25cm, đánh một cú mạnh lên vùng trước tim khi thấy dấu hiệu ngừng tim.
- Thuốc: adrenalin 1/1000 x ống 1ml tiêm dưới da 1/2 - 1 ống, sau đó 10-15 phút tiêm 1 lần liều như trên cho tới khi huyết áp trở lại bình thường.
- + Hydrocortison 100-200mg tiêm tĩnh mạch.

4. Chảy máu

4.1. **Chảy máu lợi**: thường do viêm lợi và viêm quanh răng cấp, do chấn thương lợi, niêm mạc miệng. Ngoài ra chảy máu lợi do u lợi (epulis) ung thư niêm mạc lợi.

Triệu chứng: chảy máu kéo dài gây mất máu, chảy máu khi chạm nhẹ, khi chải răng và chảy máu tự nhiên.

Xử trí: lấy sạch cao răng, mảng bám răng.

Bơm rửa oxy già 5-6% tại vùng lợi.

Thổi khô và chấm eugenol hoặc ATS 30%

4.2. Chảy máu sau nhổ răng

Nguyên nhân do thủ thuật thô bạo làm rách lợi, vỡ bờ ổ răng



- Còn sót chân răng

Chảy máu có thể kéo dài sau nhổ răng hoặc muộn. Sau 5-7 ngày.

Xử trí: kiểm tra ổ răng và bờ lợi.

Nếu đứt mạch máu khâu buộc mạch máu.

Bờ ổ răng vỡ thì cần mài nhẵn.

Sốt chân răng: lấy nốt chân răng và nạo sạch ổ răng. Cắn chặt gạc theo dõi. Cần thiết đặt gelaspon hoặc spongen vào ổ răng.

5. Cấp cứu ban đầu chấn thương phần mềm và gãy xương hàm

Ngày nay phương tiện giao thông phát triển cộng với sự bất cập giữa phương tiện và đường giao thông, quản lý yếu kém và ý thức của người tham gia giao thông nên chấn thương hàm mặt gặp nhiều:

Xử trí ban đầu:

Cầm máu: nếu máu chảy thành tia phải kẹp cầm máu và khâu buộc. Nếu máu chảy không thành tia, sau khi rửa sạch, ép chặt vết thương.

Làm thông đường thở: vết thương gãy xương hàm, có dị vật hay lưỡi tụt chẹn họng cần cấp cứu làm thông đường thở, lấy dị vật, khâu kéo lưỡi ra trước buộc vào khuy áo.

Cố định tạm thời xương gãy bằng băng cầm - đầu.

CÁC BỆNH NIÊM MẠC MIỆNG

1. Nhiễm khuẩn

Ngoài sâu răng và bệnh quanh răng, nhiễm khuẩn gây tổn thương niêm mạc miệng, nhưng chúng ít liên quan lẫn nhau.

2. Lao

Miệng bị ảnh hưởng bởi Mycobacterium tuberculosis, tổn thương niêm mạc miệng là thứ phát sau khi bị lao phổi; tổn thương tiên phát hiếm. Ngày nay nó tăng lên ở những người nhiễm HIV/AIDS.

Lâm sàng. Vết loét ở lưng lưỡi, bờ chai cứng, có giả mạc màu xám có thể có đau. Những vùng niêm mạc khác cũng có thể bị như lợi...

Chẩn đoán: sinh thiết làm tổ chức bệnh học và nuôi cấy ở môi trường Lowenstein – Jensen. Hình ảnh tổ chức bệnh học thấy các tổ chức hạt bã đậu hoá.

Điều trị: điều trị bằng thuốc điều trị lao phổi.

Nhiễm trùng cơ hội với chủng vi khuẩn, mycobacteria không điển hình hầu hết giống lao hạch trẻ em.

3. Lậu cầu

Bệnh lây nhiễm qua đường tình dục gây nên bởi vi khuẩn lậu: *Neisseria Gonorrhoea*. Thương tổn ở miệng là hậu quả của tiếp xúc miệng - sinh dục với bạn tình. Hay gặp ở nam đồng tính luyến ái. Bệnh nhân có cảm giác khô miệng rất, quá cảm vị giác và hôi miệng.

Lâm sàng: biểu hiện rất khác nhau; có thể có mùi, phù nề niêm mạc lan toả ở miệng và họng, có loét, trên có giả mạc xám hoặc vàng, lấy đi thì chảy máu. Có phản ứng hạch ở cổ.

Chẩn đoán: dựa vào lấy bệnh phẩm nơi tổn thương nghi ngờ để nuôi cấy.

Điều trị: kháng sinh liều cao. Penicillin hoặc tetracyclin. Ngày nay người ta dùng Trobicin 1-2gam.

4. Giang mai: là một bệnh nhiễm trùng do xoắn khuẩn *treponema pallidum*. Thời kỳ ủ bệnh 10-90 ngày. Nhiễm trùng có thể do mắc phải hoặc bẩm sinh. Giang mai mắc phải chia làm 3 thời kỳ: tiên phát, thứ phát và giang mai giai đoạn 3. Thương tổn ở miệng ít gặp.

Lâm sàng

- Giang mai tiên phát. Tổn thương là những chancre hình tròn hoặc hình trứng, không đau. Vị trí ở môi thường gặp nhất vì tiếp xúc với thương tổn ở bộ phận sinh dục ngoài. Không đau, có thể có hạch ở cổ mềm. Vì xoắn khuẩn ở ngay dưới chancre nên nguy cơ lây nhiễm cao. Chancre mất đi trong 2-3 tháng.

- Giang mai thứ phát: phát triển 1-4 tháng sau khi chancre tiên phát lành. Có đặc điểm là dát ngứa trên da. Thương tổn miệng là loét sâu hoặc như miệng và niêm mạc, lây nhiễm cao. Có thể kết hợp tạo thành tổn thương vòng vào "loét hình móng tay" hết trong 2-6 tuần. Sau đó bệnh chuyển sang thì âm ỷ và có thể hoạt động, tức là thời kỳ 3 là giai đoạn cuối.

- Giang mai thời kỳ 3. Thương tổn là gồm, tổ chức hạt mạn tính phản ứng với hoại tử trung tâm. Trong miệng ta gặp ở đường giữa hàm ếch cứng và xuyên thủng vào xoang mũi, nhiễm trùng nhẹ. Còn gặp viêm lưỡi teo.

- Giang mai bẩm sinh; tổn thương bao gồm răng bất thường (răng của Hutchinson và răng hàm nhiều núm) bởi nhiễm khuẩn trong giai đoạn phát triển mầm răng; khuyết mũi, trán dô.

- Chẩn đoán: soi kính hiển vi nền đen chất dịch tiết từ chancre tiên phát hoặc vết dốm niêm mạc thứ phát. Ngoài tổn thương miệng do xoắn khuẩn giang mai còn các xoắn khuẩn khác nên chẩn đoán xác định cần dựa vào các xét nghiệm: Phản ứng ngưng kết hồng cầu *Treponema pallidum* và test kháng thể *treponema* huỳnh quang.

Điều trị: penicillin hoặc tetracyclin liều cao.

5. Nhiễm nấm

Niêm mạc miệng có thể bị ảnh hưởng bởi các loại bệnh nấm khác nhau, bao gồm: candidosis, histoplasmosis; cryptococcosis, paracoccidioidomycosis; Candidosis hay gặp nhất.

Candidosis (candidiasis)

Chủng candida có ở 70% miệng người bình thường. Nó gồm có 150 loại khác nhau nhưng có 7 loại hay gặp; chúng khác nhau về bệnh nguyên. Thường gặp nhất là *Candida albicans*; tiếp đến các loại khác phân lập được gồm: *C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. parapsilosis*, *C. guilliermondii*, *C. Krusei* và *C. pseudotropicalis*. Các yếu tố tại chỗ và toàn thân ảnh hưởng tới sự phát triển của nấm candida và biểu hiện nhiễm trùng lâm sàng.

Bảng 1. Các yếu tố tại chỗ và toàn thân ảnh hưởng nhiễm nấm.	
-	Các yếu tố tại chỗ
+	Sang chấn, chấn thương.
+	Mang hàm giả.
+	Vệ sinh hàm giả kém.
+	Khô miệng
-	Các yếu tố toàn thân
+	Điều trị tia xạ
+	Điều trị kháng sinh
+	Điều trị corticoid
+	Hai cực cuộc đời: nữ nhi và người già
+	Đái đường
+	Thiếu dinh dưỡng (sắt, folate và vitamin B ₁₂)
+	Ức chế miễn dịch
+	Hút thuốc lá
+	Chế độ ăn carbohydrate cao

Phân loại nấm candidosis miệng (bảng 2)



Hình ảnh lâm sàng

Giả mạc: màng trắng/vàng trên niêm mạc. Màng này có thể lấy được, để lộ ở dưới phù nề có thể chảy máu.

Bảng 2. Phân loại candidosis miệng	
Candidosis miệng tiên phát	
Cấp tính	Giả mạc, ban đỏ
Mạn tính	Giả mạc, ban đỏ, quá sản
Nấm candida liên quan đến thương tổn	Hàm giả gây viêm lợi miệng Viêm góc mép Viêm giữa lưỡi hình thoi

Candidoses miệng thứ phát

Thuật ngữ bao gồm một phức hợp nhóm hiếm gặp của nấm candidosis da niêm mạc ở màng tiếp hợp với sự bất thường nội tiết tố (thiếu năng tuyến cận giáp và suy giảm tuyến thượng thận, đái tháo đường) hoặc thiếu hồng miễn dịch.

* Một số trường hợp viêm góc mép cũng có căn nguyên là tụ cầu và liên cầu trùng.

– Ban đỏ các vùng niêm mạc miệng; hay gặp nhất là ở góc lưỡi, niêm mạc hàm ếch và niêm mạc má.

– Phì đại mạn tính: mạn tính, cá biệt bám dính tổn thương mảng trắng. Thường gặp nhất ở mép. Cũng có thể có ở phần niêm mạc miệng khác.

– Hàm giả gây viêm lợi miệng: ban đỏ và phù nề mạn tính niêm mạc nơi tiếp xúc với bề mặt hàm giả. Thường kèm theo viêm góc mép có 3 tiểu loại (phân loại theo Newton) I. điểm xung huyết. II. Ban đỏ lan toả; II: hạt (phì đại nhú).

– Viêm góc mép: mụn không đau, ban đỏ và có rãnh ở góc mép.

– Viêm giữa lưỡi hình thoi: vùng hình elip hoặc thoi ở giữa các nhú teo, phía trước có rãnh bao quanh các nhú lưỡi. Ít gặp hơn, nó có thể xuất hiện quá sản hoặc thành thùy.

Chẩn đoán: dựa vào các dấu hiệu lâm sàng, xét nghiệm, thiếu dinh dưỡng và đái tháo đường, thiếu sắt, folate, vitamin B₁₂ và glucose.

Điều trị: loại trừ các yếu tố gây bệnh, giảm chế độ ăn tinh bột. Vệ sinh hàm giả và ngâm hàm giả vào dung dịch hypochloride.

Thuốc chống nấm: tại chỗ: nystatin, amphotericin, miconazol

Toàn thân: fluconazol, itraconazol.

6. Nhiễm virut

Rất nhiều loại virut bị cơ thể phản ứng gây tổn thương niêm mạc miệng: gồm có: herpes simplex typ 1 và 2

Herpes vùng. Epstein - Barr virut (gây bạch sản lỏng) coxackie virut - paramyxoviruses. Human papilloma viruses

Bảng 3. Biểu hiện nhiễm nấm candida

	Lau chùi	Dấu vết	Sinh thiết
Giả mạc	+	+	-
Ban đỏ cấp	+	+	-
Ban đỏ mạn	+	+	-
Quá sản mạn	+	+	-
Viêm lợi miệng do hàm giả	+	+	-
Viêm mép	+	+	-
Viêm giữa lưỡi hình thoi	+	+	+

Lau chùi và dấu vết ở hàm ếch và bề mặt hàm giả tiếp xúc.

6.1. Viêm lợi miệng herpes tiên phát

Gây nên bởi herpes đơn giản typ 1 và 2 hay gặp hơn và liên quan tới herpes sinh dục. lây truyền do tiếp xúc trực tiếp thương tổn ở da tái phát hoặc nước bọt. Ở trẻ em nhiễm trùng nặng hơn.

Lâm sàng: đầu tiên sốt, đau miệng và họng, có hạch ở cổ. Xuất hiện các nốt phỏng (mụn nước) lan rộng, sau vỡ để lại các vết loét nhỏ quầng đỏ. Lợi có thể ảnh hưởng viêm và dễ chảy máu. Tổn thương khỏi sau 10-14 ngày không để lại sẹo.

Chẩn đoán: trước tiên dựa vào lâm sàng và tổ chức học có thể khẳng định bởi: phản ứng với chuỗi polyme, thấy virut ở tổn thương cấy vi khuẩn.

Điều trị

Trường hợp nhẹ: điều trị triệu chứng

Dự phòng nhiễm trùng thứ phát và giảm đau.

Trường hợp vừa và nặng hoặc bệnh nhân bị ức chế MD: uống aciclovir

6.2. Herpès tái phát: khoảng 30% bệnh nhân bị nhiễm trùng tái phát, hay gặp nhất là herpès môi. Virut nằm im trong hạch dây tam thoa và hoạt động bởi các yếu tố như: sang chấn, phơi nắng, stress, kinh nguyệt, ức chế miễn dịch. Tổn thương ở ranh giới da - niêm mạc môi hoặc lỗ mũi. Rất bong là tiền triệu báo trước hoặc cảm giác như gai đâm nơi sẽ tạo nốt phỏng bọt nước, phỏng to

sau vỡ ra. Sau đó thương tổn lành không để lại sẹo. Ít gặp hơn, có vết loét trong miệng ở hàm ếch cứng.

Điều trị: tổn thương ở môi: bôi crème peniclovir 1% hoặc aciclovir 5%

6.3. Thủy đậu: là nhiễm trùng tiên phát do varicealla zoster

Lâm sàng: là nhiễm trùng tiên phát ở trẻ em thể ẩn. Sốt, mệt mỏi, buồn nôn. Da mặt và lưng có các nốt. Thương tổn ở da có các nhú bóng nước, vỡ ra và đóng vảy, thường nó bung ra như hoa. Tổn thương có hình ảnh các thời kỳ khác nhau ở miệng có những loét nhỏ, có thể trước đó có sản ở da.

Chẩn đoán: dựa vào hình ảnh lâm sàng lan rộng da và niêm mạc, xét nghiệm kháng thể tăng.

Điều trị: thuốc bôi tại chỗ, bệnh tự khu trú. Ở bệnh nhân bị ức chế miễn dịch có thể dùng aciclovir toàn thân.

6.4. Bệnh Zona: là sự khu trú của tổn thương theo vùng dây thần kinh chi phối từ trong hạch cảm giác với tổn thương ở da là các nốt phỏng, dát và ngứa, thường gặp ở người lớn tuổi hoặc bị ức chế miễn dịch.

Lâm sàng:

Thường gây tổn thương da vùng ngực, 30% gây tổn thương vùng mặt dây V₃ tức là nhánh hàm dưới. Đau khu trú, cảm giác rát bỏng. Tổn thương ở da ban đầu là các ban đỏ, vài ngày sau đó xuất hiện bóng nước và tạo thành vảy, ở một phía miệng có loét tương ứng vùng dây thần kinh bị ảnh hưởng.

Chẩn đoán: dựa vào thương tổn lâm sàng. Chẩn đoán xác định herpes vùng dựa vào bóng nước và xét nghiệm đặc hiệu IgM.

6.5. Viêm họng mụn nước (herpangina)

Nhiễm trùng thường liên quan đến các loại của virus coxsackie (A 7,9, 16; B-5) có thể có sai sót về răng. Biểu hiện bệnh có sốt, đau họng và có nhiều bóng nước nhỏ ở hàm ếch mềm và lưỡi gà, sau vỡ để lại loét bề mặt.

Điều trị: không có điều trị đặc hiệu. Mục đích là điều trị triệu chứng (ăn mềm, lỏng, đề phòng nhiễm trùng thứ phát và giảm đau).

6.6. Bệnh tay, chân và miệng

Đây là bệnh thường gặp do virus ở trẻ em, gây nên bởi các loại khác nhau của Coxsackie virus, đặc biệt là A16 (ít gặp hơn là A15 hoặc 10). Có thể biểu hiện nhiễm trùng bán cấp, sốt nhẹ, khó chịu, chán ăn, có nhiều vết loét nông ở niêm mạc môi và má thường biểu hiện từ một viêm lợi miệng herpes tiên phát mặc dù lợi không tổn thương; Ở lòng bàn tay và gan bàn chân có ban sản hoặc bóng nước.



Điều trị giống như điều trị viêm họng mụn nước.

6.7. U nhú virut ở người (HPV)

Khoảng 60-70 loại HPV khác nhau được phân lập, một số loại có liên quan đến các thương tổn đặc hiệu ở miệng.

– U nhú tế bào bong vảy. U bắt đầu thường gặp ở bệnh nhân 30-50 tuổi. Thường gặp nhất là u ở hàm ếch mềm mặc dù có thể gặp ở cả gốc lưỡi và mặt bên lưỡi hoặc môi dưới. Hình ảnh lâm sàng u giống như súp lơ có cuống hoặc không có cuống HPV 6 hoặc 11 gặp trong 80% trường hợp.

6.8. Mụn cóc thông thường. Thường gây thương tổn ở da, đặc biệt là ở trẻ em, có thể gặp ở niêm mạc miệng, tổn thương lồi ra ngoài, chắc không có cuống ở môi và có thể liên quan với tự truyền từ tổn thương ở da do HPV typ 2 hoặc 4.

6.9. Sùi mào gà: bệnh thường biểu hiện ở niêm mạc sinh dục, tuy nhiên nó cũng xuất hiện ở niêm mạc miệng, gồm nhiều hạch nhỏ màu trắng hoặc hồng, có thể kết hợp làm một hình thành vùng gồ lên không có cuống; nguyên nhân do HPV typ 6, 11 hoặc 6 hay gặp hơn ở huyết thanh (+) bệnh nhân HIV.

6.10. Quá sản biểu mô khu trú (ổ) là thương tổn lành tính hiếm gặp của niêm mạc miệng. Bệnh biểu hiện nhiều nốt sẩn không đau, hay gặp nhất ở môi dưới có thể lan ra đường viền môi xuất hiện nhiều hơn ở nhóm chủng tộc nhất định như người Eskimos và Indian ở Nam Mỹ. Có thể là tiền định vị di truyền liên quan đến HPV typ 13 hoặc 32.

7. Loét miệng tái phát

Loét miệng: loét được xác định là sự phá vỡ liên tục của ranh giới biểu mô. Nguyên nhân được tóm tắt ở bảng dưới đây

Bảng 4

Chấn thương	Cơ học, hoá học, nhiệt, tia phóng xạ chấn thương tự tạo
Tự phát	Viêm miệng áp tơ tái phát kể cả hội chứng Behçet's
Nhiễm trùng	Virut, vi khuẩn, nấm
Bệnh hệ thống	Rối loạn máu, bệnh Crohn's viêm loét ruột kết
Liên quan bệnh da	Lichen phẳng, rối loạn bong mụn nước
Khối u	Carcinom tế bào bong vảy và các khối u khác
Thuốc kích thích	Thuốc độc tế bào, Nicorandil

7.1. Viêm miệng áp tơ tái phát: là bệnh hay gặp ở miệng không rõ nguyên nhân chiếm khoảng 20% dân số. Có 3 loại: nhỏ 80-85%; lớn 10-15%; thể herpes: 5%

Lâm sàng: tổng hợp triệu chứng lâm sàng có thể được trình bày ở bảng sau



Bảng 5:

	Thể nhỏ	Thể lớn	Thể herpes
Tỷ lệ giới	Nam = Nữ	Nam = Nữ	Nữ > Nam
Tuổi bị	10-19	10-19	20-29
Số lượng ổ loét	< 10	< 5	10-100
Kích thước ổ loét	< 10mm	> 10mm	1-2mm, lớn nếu các ổ loét hợp nhất lại
Thời gian bệnh	4-14 ngày	> 30 ngày	> 30 ngày
Tỷ lệ tái phát	1-4 tháng	< 1 tháng	< 1 tháng
Vị trí tổn thương	Môi, niêm mạc má, lưỡi	Môi và niêm mạc má, lưỡi, hàm ếch, họng	Môi và niêm mạc má, hàm ếch mềm sàn miệng
Seo	ít gặp	Thường gặp	Có thể nếu các ổ loét hợp nhất

Các yếu tố bệnh nguyên: tức chủ hoặc yếu tố môi trường như:

- Di truyền: 45% do di truyền. Tỷ lệ cao ở trẻ sinh đôi.
- Dinh dưỡng: thiếu máu (do thiếu sắt, B₁₂ và acid folic). Người ta thấy 20% người thiếu máu loại này bị viêm miệng áp tơ tái phát. Một số báo cáo gặp cả ở người thiếu B1 và B6.
- Bệnh toàn thân: bệnh Crohn's, viêm loét kết tràng và giảm bạch cầu trung tính chu kỳ.
- Nội tiết tố: chiếm một tỷ lệ nhỏ phụ nữ bị bệnh này do rối loạn chu kỳ kinh nguyệt liên quan đến mức tăng progesteron và giảm oestrogen, hoặc phụ nữ trong thời kỳ thai nghén.

Sang chấn tâm lý hoặc lo âu.

- Sang chấn: sang chấn nhỏ có thể khởi đầu loét ở những bệnh nhân nhạy cảm.
- Dị ứng: một số người dị ứng với thức ăn.
- Nhiễm trùng: số liệu trái ngược nhau về vai trò của liên cầu ở miệng như là yếu tố bệnh nguyên trực tiếp hoặc kích thích kháng nguyên sản xuất kháng thể phản ứng chéo với tế bào sừng hoá. Tương tự như vậy, một số nghiên cứu thấy vai trò của virus varicella zoster và herpes simplex.
- Hút thuốc không có liên quan nhiều đến bệnh này, nhưng có một số bệnh nhân bị viêm miệng áp tơ tái phát trùng hợp với việc ngừng hút thuốc.

Chẩn đoán. Dựa vào lâm sàng, làm xét nghiệm máu toàn phần, sắc, B₁₂ folat loại trừ suy dinh dưỡng. Không có xét nghiệm đặc hiệu.

Điều trị: không có điều trị đặc hiệu, thiếu máu thì bồi phụ lại máu và các yếu tố trong máu. Nói chung là chỉ điều trị triệu chứng được thống kê ở bảng sau.

Bảng 6: Điều trị viêm miệng áp tơ tái phát

Nước súc miệng sát trùng	Chlohexidine 0,2% Benzydamin hydrochlorid
Kháng sinh	Nước tetracyclin súc miệng
Steroid tại chỗ	Hydrocortison viên Triamcinolone paste Bethamethason súc miệng Bechomethason spray
Steroid toàn thân	Prednisolon
Loại khác	Azathioprin Dapson Colchicin Thalidonid

7.2. Hội chứng Behçet's

Gồm 3 triệu chứng:

- Viêm miệng áp tơ tái phát.
- Loét sinh dục

- Viêm màng mạch nhỏ khoảng 42% số bệnh nhân có đủ tam chứng trên mặc dù > 90% có loét ở miệng. Chẩn đoán dựa vào 3 triệu chứng trên nếu hai trong 3 triệu chứng trên có thì được chẩn đoán dương tính. Viêm miệng áp tơ có thể có bất kỳ một trong 3 loại nhưng thường là có thể áp tơ lớn và thể herpes. Một biểu hiện khác kèm theo là một phần của hội chứng trên gồm: thương tổn ở da, thần kinh, khớp, ruột non, bất thường máu, thường tổn mạch máu. Tuổi gặp nhiều nhất 30 tuổi, nam gặp nhiều hơn nữ Nam/nữ = 2.3/1, khác biệt vùng địa lý; hội chứng này hay gặp hơn ở phía đông Địa trung hải và Nhật Bản.

Lâm sàng: các triệu chứng lâm sàng của hội chứng Behçet's được trình bày ở bảng sau:

Bảng 7

Ở miệng	Áp tơ nhỏ, to và thể herpes
Ở mắt	Viêm màng mạch nhỏ, teo mắt, viêm mạch máu võng mạc
Bộ phận sinh dục	Loét
Da	Mụn mủ, phát ban sẩn
Thần kinh	Triệu chứng giống xơ vữa nhiều ổ, liệt giả kiểu hành não
Bệnh khớp	Đau khớp tái phát ở các khớp lớn
Các triệu chứng khác	Huyết khối, suy nhược, bệnh thận, chán ăn viêm ruột

Chẩn đoán: dựa vào các triệu chứng lâm sàng

Điều trị: dùng các thuốc ức chế miễn dịch như steroids, azathioprin, colchicin, thalidonid. Loét miệng thì điều trị như viêm miệng áp tơ tái phát. Mắt thì gửi tới bác sĩ chuyên khoa mắt.

8. Thương tổn bọt nước

Thương tổn bọt nước được phân làm thương tổn trong biểu mô hoặc dưới biểu mô; được trình bày ở bảng dưới đây

Bảng 8. Phân loại thương tổn bọt nước

Trong biểu mô	Dưới biểu mô
Pemphigus	Viêm họng bọt nước xuất huyết
Nhiễm virut	Pemphigoid màng niêm mạc
Herpes simplex	Pemphigoid bọt nước
Herpes zoster	Viêm da thể herpes
Coxsackie	Lichen phẳng
Bọng bong biểu bì (loại đơn giản)	Ban đa dạng Bọng bong biểu bì (loại dính và loạn dưỡng) Bệnh đường kẻ IgA

8.1. Viêm họng bọt nước xuất huyết (Ban xuất huyết miệng khu trú)

Lâm sàng: người cao tuổi bị nhiều hơn

Xuất hiện ở hàm ếch mềm các nốt rộp tụ máu rất nhanh, có thể ở các phần khác của niêm mạc miệng, các bọt rộp vỡ ra để lại vết loét nông. Không rõ căn nguyên, không thấy rối loạn đông máu, có liên quan đến việc sử dụng steroid.

Chẩn đoán làm xét nghiệm máu toàn phần và đông máu.

Điều trị: dùng nước súc miệng sát trùng

8.2. Pemphigus

Là một bệnh nặng, bệnh da tự miễn dịch hiếm gặp với các thể khác nhau. Pemphigus thông thường, pemphigus sùi, pemphigus tróc pemphigus ban đỏ; hai loại sau rất hiếm gặp.

8.2.1. Pemphigus thông thường

Rất thường gặp và rất nặng, nữ gặp nhiều hơn và ở tuổi trung niên.

Lâm sàng: có nhiều bọt nước, lan rộng ở niêm mạc và da. Thương tổn ở miệng chiếm 50%. Một số trường hợp bệnh chỉ biểu hiện tổn thương ở miệng. Dấu hiệu Nikolsky (+) mặc dù nó không phải là đặc trưng của bệnh

pemphigus. Sau khi hình thành bóng nước, rất nhanh vỡ và để lại loét không đặc hiệu, đau và rất ít khi để lại sẹo. Nếu không điều trị thì nó lan rộng ở da và dẫn đến mất cân bằng dịch tiết dẫn điện gây tai họa và có thể chết.

Chẩn đoán: làm xét nghiệm mô bệnh học cùng với miễn dịch huỳnh quang trực tiếp hoặc gián tiếp. Có IgG và C3 trong thành phần của desmosome.

Điều trị: liệu pháp ức chế miễn dịch với steroid toàn thân kèm hoặc không azathioprin.

8.2.2. Pemphigus sùi

Loại này nhẹ hơn pemphigus thường. Đặc điểm thể này là sự tạo thành sùi quá sản của tổ chức hạt khi bóng nước vỡ. Thương tổn ở miệng chiếm khoảng 50% trường hợp.

8.2.3. Dạng pemphigus màng niêm mạc

Tổn thương bóng nước dưới biểu mô mạn tính gặp ở người cao tuổi nữ nhiều gấp hai lần nam (Nữ/Nam = 2/1). Thương tổn có ở niêm mạc miệng và sinh dục, màng tiếp hợp và da, khi khỏi để lại sẹo, đặc biệt là ở màng tiếp hợp.

Lâm sàng: hầu hết tổn thương ở niêm mạc miệng, da thì ít gặp. Màng bóng nước dày nên có thể giữ được vài ngày mới vỡ. Khi vỡ để lại nền loét; có thể có cả viêm lợi bong vảy. Mắt có thể bị nặng và dẫn tới mù.

Chẩn đoán: mô bệnh học cho thấy hình thành bóng nước dưới biểu mô. Miễn dịch huỳnh quang thấy IgG và C3 ở màng đáy.

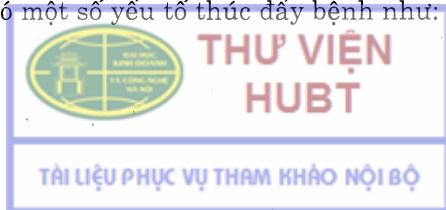
Điều trị: dùng steroid tại chỗ. Steroid toàn thân hoặc dapsone ở những trường hợp nặng.

8.2.4. Dạng pemphigus bóng nước

Rối loạn bóng nước tiên phát của da với tổn thương miệng chiếm 1/3 số bệnh nhân; gặp ở người cao tuổi > 60 tuổi, nam cũng như nữ. Thương tổn ở chân tay và thân người có thể bắt đầu là ban mề đay không đặc hiệu vài tuần trước khi có bóng nước. Tổn thương ở miệng rõ và lành rất nhanh không để lại sẹo

8.2.5. Hồng ban đa dạng

Bệnh có bóng nước cấp tính tự giới hạn ảnh hưởng tới da và màng niêm mạc. Thường gặp ở nam thanh niên; nhiều trường hợp không rõ căn nguyên. Người ta nhận thấy có một số yếu tố thúc đẩy bệnh như:



- Nhiễm trùng: herpes simplex, bệnh phổi do mycoplasma
- Thuốc: Sulphonamid, barbiturat, thuốc lợi tiểu, tetracyclin, carbamazepin.
- Những yếu tố khác: điều trị tia phóng xạ, u ác tính, thai nghén.

Lâm sàng: bệnh thường lan rộng và nặng. Có thể ảnh hưởng miệng, da, niêm mạc hoặc phổi hợp. Tiền triệu biểu hiện nhiễm trùng đường hô hấp trên kèm theo xuất hiện các thương tổn ở da và niêm mạc. Biểu hiện ở da cũng khác nhau, thường gặp nhất là tay và chân bao gồm các ban đỏ dát sần. Thương tổn bong nước và thương tổn "mục tiêu" truyền thống hoặc "mống mắt". Thương tổn ở miệng có đặc điểm là chảy máu môi cùng với bong nước lan rộng, rất nhanh vỡ tạo thành vùng trợt rộng rất đau. Ở mắt có thể làm sẹo màng tiếp hợp và mù. Những triệu chứng thường ẩn trong 2 tuần mặc dù có thể tái phát.

Chẩn đoán: dựa vào triệu chứng lâm sàng

Điều trị: loại trừ các yếu tố thúc đẩy, aciclovir, kiêng nước, steroid toàn thân (có thể azathioprin) ở trường hợp nặng.

8.2.6. Bong biểu bì bong nước

Nhóm phức hợp các hội chứng với trên 30 thể nặng khác nhau do di truyền trội hoặc ẩn. Hầu hết thể nặng gặp ngay sau đẻ, khó có khả năng sống trong khi thể nhẹ cũng không thể sống tới tuổi thanh niên. Da mỏng nên chỉ một chấn thương rất nhẹ cũng làm phồng rộp da. Thể nặng có đau tự nhiên tăng. Sau khi khỏi để lại sẹo. Điều trị steroid toàn thân, phenytoin, và vitamin E.

8.2.7. Bệnh đường kẽ IgA

Là bệnh bong da hiếm gặp thể hiện ở các dạng viêm da dạng herpes khác nhau do quá mẫn với glutes (chất có nhiều protein trong bột), loét ở miệng không đặc hiệu.

8.2.8. Viêm da thể herpes

Là bệnh tự miễn trung gian bong da ít gặp, bị ở tuổi trung niên, có liên quan đến bệnh ở bụng và mẫn cảm gluten. Thương tổn ở da là các đám sẩn ngứa có phỏng ở ngực và chân tay. Ở miệng có ban đỏ không điển hình sau đó đám trợt lan rộng chiếm 70%

9. Đốm trắng (White patches)

Tổn thương của bệnh được phân loại trong bảng sau:

Bảng 9. Phân loại tổn thương trắng

Di truyền	Nơ vi mềm trắng Bệnh Darie Loạn sản sừng bẩm sinh; Đốm bẩm sinh; Loạn sản sừng trong biểu mô bẩm sinh
Sang chấn	Bỏng hoá chất cơ học (chà xát) Bỏng nhiệt: sừng hoá ở người hút thuốc, viêm miệng nicotin
Nhiễm trùng	Candidosis (loại có giả mạc và quá sản). Bạch sản lông; Bạch sản do giang mai
Bệnh tự phát	Bạch sản
Bệnh da	Lichen phẳng; Hồng ban đa dạng
Bệnh chuyển hoá	Liên quan tới suy thận
Khối u	Carcinom tế bào bong vảy

9.1. Nơ vi mềm trắng

Là bệnh thiếu sừng lành tính thể di truyền gen trội

Lâm sàng

Lan rộng, ở niêm mạc má có các tổn thương trắng, dày nhiều hơn ở môi. Ngoài ra một số ít có biểu hiện tổn thương tương tự ở mũi, trực tràng hoặc niêm mạc sinh dục.

Chẩn đoán: dựa vào lâm sàng, đặc biệt là sinh thiết.

Điều trị: làm yên lòng bệnh nhân. Không cần phải điều trị đặc hiệu.

9.2. Bệnh Darier (nang dày sừng)

Bệnh lây truyền có điều kiện hiếm gặp ở người gen di truyền trội mặc dù nhiều trường hợp có biến đổi như mới. Thương tổn da đầu tiên xuất hiện nhiều sẩn nhỏ đặc biệt ở trán, da đầu và cổ màu xám/nâu vì chúng loét và trên có màng. Khi có nhiễm trùng thứ phát chúng có mùi hôi. Tổn thương ở miệng chiếm 50% và xuất hiện các vết sẩn trắng và rất nhanh hợp nhất. Vùng hay gặp nhất trong miệng là lợi và hàm ếch.

9.3. Chứng dày móng bẩm sinh

Là bệnh di truyền gen trội ít gặp, có đặc điểm là loạn dưỡng các móng (tay) khi đẻ và phát triển rất nhanh; tăng tiết mồ hôi và dày sừng 40-60%. Tổn thương ở miệng thường gồm trắng, dày đục ở góc lưỡi và mặt bên lưỡi. Niêm mạc má và môi cũng bị nhưng ít hơn.



9.4. Chứng loạn sùng bẩm sinh

Là bệnh di truyền hiếm gặp, quá sản sắc tố trên da loạn dưỡng móng và bạch sản miệng. Ở miệng hay thấy xuất hiện ở trẻ nhỏ khởi đầu nhiều bong nước rồi loét, tiếp theo phát triển mảng trắng và dễ chuyển sang ác tính.

9.5. Bong hoá chất

Nhiều loại hoá chất và thuốc mà bệnh nhân tự dùng có thể gây bong khi tiếp xúc với niêm mạc miệng như aspirin và cholin salicylate gây sần trắng và phù nề, hoại tử, biểu mô tróc ra và loét. Thương tổn sẽ liền sau vài ngày khi loại trừ kích thích.

9.6. Chứng dày sùng do ma sát

Tổn thương là sần trắng khu trú ở vùng niêm mạc sang chấn như cắn vào niêm mạc má, nướu răng mòn sắc chặm vào niêm mạc khi ăn nhai, hoặc hàm giả không khít gây kích thích sang chấn liên tục khi ăn nhai. Tổn thương có thể lành sau khi loại trừ các kích thích gây sang chấn trên.

9.7. Chứng dày sùng ở người hút thuốc lá

Những người nghiện thuốc thường bị thương tổn mảng trắng ở niêm mạc, miệng, điển hình là tổn thương ở niêm mạc má chỗ mép, lưỡi và hàm ếch. Kích thích hoá học cũng bị thương tổn giống thương tổn này.

9.8. Viêm miệng Nicotin

Ở người nghiện nặng, hút bằng tẩu xuất hiện ở niêm mạc nhiều vết sần trắng xám ở hàm ếch phía sau, ở giữa làm giãn lỗ tiết tuyến nhầy. Nếu bỏ thuốc thì thương tổn sẽ lành nhanh thương tổn này không thoái hoá ác tính.

10. Những thương tổn có xu hướng ác tính

Những thương tổn có thể ác tính hoá ở niêm mạc miệng gồm: bạch sản, hồng cầu; candidosis quá sản mạn tính; lichen phẳng; xơ hoá dưới niêm mạc, khó nuốt do thiếu sắt.

10.1. Bạch sản và hồng sản

Bạch sản là những đốm hoặc mảng trắng ở niêm mạc miệng mà không thể lau sạch được và không phải là đặc trưng của một bệnh nào.

Hồng sản là mảng mượt như nhung, đỏ tươi ở niêm mạc miệng không do bất kỳ nguyên nhân bệnh lý nào.



Thuật ngữ bạch sản không bao hàm một loại riêng, một tỷ lệ nhỏ thương tổn như vậy có thể coi như tiền ác tính và có thể là khối u xâm lấn cho chẩn đoán ban đầu và thương tổn như vậy có sự khác biệt rất lớn. Chúng ta cũng không phải vì thế mà có thể tiên lượng dù rằng một số dấu hiệu lâm sàng và mô học có thể gợi ý tăng nguy cơ chuyển sang ác tính.

Hình ảnh lâm sàng mô học của bạch sản miệng khác nhau với thương tổn lành tính trong khi đó trường hợp khác lại là loạn sản biểu mô với các mức khác nhau (nhẹ, trung bình và nặng) hoặc là carcinome chưa biểu hiện lâm sàng.

Hình ảnh loạn sản biểu mô gồm: phì đại (quá sản) nhiễm sắc nhân; mất cực; tăng tỷ lệ nhân - bào tương; đồng hình rối loạn giảm phân; quá sản tế bào đáy; mạng lưới vòng hình giọt nước; sừng hoá non; giảm sự bám dính giữa các tế bào; tăng phân bào hoặc phân bào bất thường.

Thương tổn này trên lâm sàng không thể đoán trước được có loạn sản biểu mô hoặc loạn sản nặng ở mức nào đó, mặc dù hồng sản và hạch bạch sản giống loạn sản hơn là bạch sản cùng loại.

Theo một số tác giả nước ngoài, tỷ lệ thoái hoá ác tính khoảng 0,3-17,5% trong thời gian trên 10 năm. Ở Tây Âu khoảng 2-6% có nguy cơ.

Các yếu tố làm tăng thoái hoá ác tính

- Vị trí tổn thương: sàn miệng, mặt bên dưới niêm mạc ổ răng phía lưỡi là vùng có nguy cơ cao; có thể tới 25% sẽ dẫn đến thoái hoá ác tính.
- Loạn sản biểu mô hiện có diện rộng
- Bản chất lâm sàng của thương tổn: hạch có nhiều đốm bạch sản có khuynh hướng thoái hoá ác tính hơn so với bạch sản cùng loại.

10.2. Candidosis quá sản mạn tính (Bạch sản nấm candida)

Thương tổn cùng loại hoặc các nốt trắng hay gập nhất ở má, hàm ếch và lưỡi, nam gặp nhiều hơn nữ, tỷ lệ là 2/1 thương tổn cùng loại thường không điển hình, có thể làm bệnh nhân khó chịu, thường liên quan tới các thương tổn nấm miệng khác (viêm góc mép, nấm candida liên quan tới viêm lợi miệng do hàm giả).

Các yếu tố ảnh hưởng: thuốc lá, suy dinh dưỡng, vệ sinh hàm giả kém. Sử dụng steroid.

Lâm sàng: gồm 50% có loạn sản biểu mô và nguy cơ dẫn đến thoái hoá ác tính cao 10-40% so với bạch sản nói chung.

Điều trị: làm sinh thiết xét nghiệm mô học

Loại trừ các yếu tố ảnh hưởng.

Dùng các thuốc chống nấm.

Nếu loạn sản nặng thì phẫu thuật cắt bỏ.

10.3. Xơ hoá dưới niêm mạc miệng

Bệnh căn bệnh sinh chưa rõ nhưng liên quan nhiều tới ăn trầu, hút thuốc, suy dinh dưỡng và các yếu tố khác.

Lâm sàng: ở niêm mạc thấy một vùng trắng và có dải xơ, thường gặp ở môi, niêm mạc miệng và lưỡi. Có loạn sản biểu mô và thoái hoá ác tính 5-6%.

11. Tổn thương sắc tố niêm mạc miệng

Nguyên nhân được trình bày ở bảng sau:

Bảng 10. Nguyên nhân sắc tố niêm mạc miệng

Ngoại lai	Nội tại
Nhuộm bề mặt niêm mạc	Sự phát triển; Chứng tộc; Nơ-vi sắc tố. Hội chứng Peutz-Jeghers
Lưỡi lông đen	Mắc phải. Nội tiết tố liên quan đến Bệnh addison Sản xuất ACTH lạc chỗ; Liên quan đến kích thích mạn tính thuốc; Nhiễm HIV; Dát đen
Chất ngoại lai:	U tân tạo
- Vết găm Amalgam	U sắc tố ác tính
- Than chì	
- Cát trên đường	
- Muối kim loại nặng:	
- Chì	
- Thuỷ ngân	
- Bismuthl	

11.1. Nguyên nhân ngoại lai

- Chất nhuộm bề mặt niêm mạc do các loại thức ăn và sản phẩm thuốc lá.
- Lưỡi lông đen: lành tính, loạn màu trên bề mặt nhú lưỡi hình chỉ có màu nâu, đen. Màu có liên quan đến sản phẩm của vi khuẩn và nấm gây nhiễm sắc; hút thuốc. Nói chung không có triệu chứng gì. Một vài bệnh nhân cảm giác buồn nôn do kích thích hàm ếch mềm.
- Chất ngoại lai: như amalgam, chì từ bút chì, sạn cát từ tai nạn giao thông. Amalgam bị găm vào dưới niêm mạc làm cho niêm mạc có màu xanh, đen do khi nhổ răng cặp vào chỗ hàn amalgam gây vỡ và đọng dưới niêm mạc hoặc khi cắt cuống răng hàm amalgam ở nơi cắt chóp, thừa và đọng lại.

– Muối kim loại nặng (thủy ngân, chì, bismuth, bạc.... thường đọng lại ở bờ lợi nhưng ít gặp).

11.2. Nguyên nhân nội tại

Nhiễm sắc tố đen thường gặp ở niêm mạc, liên quan đến các yếu tố nội tại.

Nguyên nhân

Phát triển của nhiễm sắc tố melanin

– Sắc tố do chủng tộc.

– Hội chứng Peutz-Jeghers: trội nhiễm sắc thể thường, nhiễm sắc tố da niêm mạc, sắc tố ở da sẽ mất dần khi trưởng thành mặc dù niêm mạc vẫn còn. Polyp xơ ruột non, có thể có thoái hoá ác tính nhưng rất chậm.

+ Nguyên nhân mắc phải của nhiễm sắc tố melanin

– Liên quan bệnh nội tiết: bệnh Addison, hội chứng Nelson và khối u bài tiết ACTH (hay gặp nhất là ung thư phế quản).

– Thuốc gây kích thích như: thuốc sốt rét, thuốc chống co giật, phenothiazin và uống thuốc tránh thai.

– Phản ứng với kích thích mạn tính: hút thuốc lá chấn thương cơ học mạn tính như thương tổn quá sản sừng.

– Dát melanin: là vùng sắc tố phẳng, màu nâu ở niêm mạc môi dưới hoặc niêm mạc miệng.

– Nhiễm HIV

+ U tân tạo: U melanin ác tính. Khối u gặp ở da, niêm mạc, mắt. Ở miệng hiếm gặp, vị trí phía sau hàm ếch cứng và niêm mạc màu ở rãnh hàm trên.

Tuổi gặp sau 30 tuổi, tổn thương sắc tố sâu có thể loét và chảy máu. Tiến triển nhanh.

12. Ung thư miệng

12.1. Các yếu tố bệnh nguyên

– Thuốc lá: tất cả các loại hút (thuốc lá, xì gà và hút bằng ống) làm tăng nguy cơ ung thư miệng. Ăn trâu và nhai thuốc sẽ làm tăng tần suất ung thư miệng ở Nam Á.

– Rượu làm tăng phối hợp với thuốc lá làm tăng nguy cơ ung thư miệng.

– Chế độ ăn và dinh dưỡng.

– Tia cực tím là yếu tố nguy cơ quan trọng đối với carcinom môi.

– Nhiễm nấm candida mạn tính, nó được coi là điều kiện tiền ác tính.

- Ước chế miễn dịch: nguy cơ cao ung thư môi trong những bệnh nhân ghép thận.

- Giang mai
- Sang chấn mạn tính

12.2. Lâm sàng: biểu hiện lâm sàng khác nhau. Ung thư miệng sớm không điển hình

- + Thương tổn sớm
 - Loét đơn lẻ không đau. Phát triển lồi trên mặt niêm mạc. Nốt trắng. Hồng sản. Hồng bạch sản. Tổn thương mạn tính đường viền môi.
- + Thương tổn tiến triển
 - Đau; có u lồi. Hoại tử, chảy máu hoặc trên bề mặt có nốt. Loét sâu vào xương có thể gây gãy xương bệnh lý.

12.3. Tiên lượng

- Phụ thuộc vào: chẩn đoán sớm hay muộn
- + Sự lan rộng của bệnh; phân loại theo TNM
 - + Thương tổn ở miệng phía sau thì tiên lượng kém hơn là thương tổn ở môi.
 - + Cần làm xét nghiệm mô bệnh học
 - + Tuổi càng cao tiên lượng càng kém.

12.4. Điều trị

Phẫu thuật hoặc tia

Bảng 11. Phân loại khối u theo TNM

T: u tiên phát	N: Tình trạng hạch	M: Di căn xa
T0: không có u tiên phát	N0: không sờ thấy	M0: không di căn
T1: u kích thước < 2cm	N1: hạch một bên di động < 3cm	
T2: kích thước u 2-4cm	N2: hạch di động kích thước > 3cm - < 6cm	M1: có di căn
T3: n > 4cm	Khối hạch < 6cm	
T4: kích thước > 4cm và dính xâm lấn	N3: hạch hai bên di động > 6cm	

13. Thương tổn phối hợp

13.1. Lưỡi bản đồ

Bệnh căn không rõ, đặc điểm lâm sàng là mất nhú từng phần không đều ở 2/3 trước lưỡi, có bờ trắng ngoằn ngoèo. Thường không có triệu chứng,



một số bệnh nhân thấy khó chịu, đặc biệt khi ăn nóng và thức ăn có gia vị. Ngoài lưỡi, thương tổn có thể ở phần khác của niêm mạc miệng (viêm lợi di chú, hồng ban di trú); có thể do thiếu kẽm. Nếu có triệu chứng, cần xem xét nguyên nhân khác.

13.2. Lưỡi nút kế

Bất thường này cũng liên quan đến lưỡi bản đồ, thường không có triệu chứng và gặp trong hội chứng Down.

Lâm sàng: thấy nhiều kẽ nứt sâu nông khác nhau. Loại trừ thiếu dinh dưỡng nếu lưỡi đau. Nó cũng là một phần của hội chứng Melkesson-Rosenthal: gồm 3 triệu chứng: đau lưỡi, liệt mặt và sưng môi má.

14. Những biểu hiện ở miệng của bệnh toàn thân

14.1. Lichen phẳng và phản ứng Lichenoid

Lichen phẳng là rối loạn niêm mạc da thường gặp gây tổn thương ở da và niêm mạc miệng, gặp ở tuổi trung niên và phụ nữ cao tuổi. Tổn thương niêm mạc miệng chiếm 50% số bệnh nhân có tổn thương da; tổn thương da đơn thuần chỉ chiếm 10-30%. Ở ngoài da có thể khỏi trong 18 tháng nhưng trong miệng phải vài năm. Hầu hết Lichen phẳng lành tính, chỉ có một tỷ lệ nhỏ thoái hoá loại teo và mòn; nguy cơ thoái hoá chiếm 1% từ 5-10 năm.

14.2. Lâm sàng

Thương tổn ở da: ngứa, sẩn đa dạng với những sọc trắng trên bề mặt; hay gặp nhất là ở cổ tay, mặt trước cánh tay và chân do bị sang chấn kích thích. Có thể bị rụng tóc, móng tay.

Phản ứng Lichenoid lâm sàng giống như Lichen phẳng, một số trường hợp cần phân biệt hai loại này như thương tổn không có triệu chứng ở hàm ếch và mối dùng thuốc điều trị.

Một số trường hợp thương tổn miệng tồn tại các loại khác nhau trên cùng một bệnh nhân như:

- Mạng lưới: tổn thương là các sọc trắng chằng chịt như mạng lưới ở hai bên niêm mạc má và ít hơn là ở mặt bên lưỡi thường không có triệu chứng;
- Mảng: giống bạch sản, xung quanh tổn thương có hình mạng lưới.
- Sẩn: ít gặp; xuất hiện sẩn trắng nhỏ ở niêm mạc má.
- Teo: diện ban đỏ lan rộng với tổn thương lưới ở dưới.
- Trốt hoặc loét: đau, vết trốt to nhỏ khác nhau.
- Bọng nước: hiếm
- Viêm lợi bong vảy

+ Mô học: có gai hoặc teo biểu mô. Thoái hoá lớp tế bào đáy. Viêm xuyên lớp sâu biểu mô. Nhiều tế bào viêm mạn dưới biểu mô (T lympho).

+ Điều trị

Tổn thương không có triệu chứng không cần điều trị tích cực. Khi có triệu chứng thì lựa chọn điều trị theo bảng sau:

- Nước súc miệng sát trùng.
- Chlohexidine gluconat
- Benzydamine hydrochloride (Difflam)
- Corticosteroid
 - Uống
 - Triamcinolon
 - Betamethason
 - Beclomethason
 - Bôi tổn thương
 - Triamcinolon (kenalog)
 - Toàn thân
 - Prednisolon
 - Azathioprin

Phần DA LIỄU

Biên soạn: BSCKI. Hoàng Văn Minh

ThS.BS. Bùi Văn Đức

HƯỚNG XỬ TRÍ LOÉT SINH DỤC

I. ĐẠI CƯƠNG

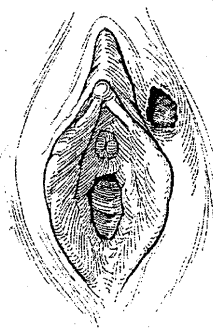
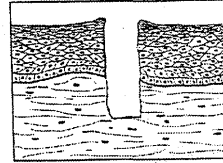
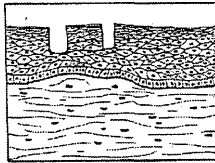
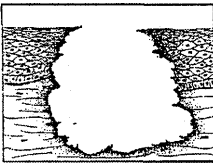
Loét sinh dục là một hội chứng rất thường gặp trong da liễu. Hiện nay đây là một vấn đề quan trọng vì dễ tạo điều kiện cho sự xâm nhập của HIV.

Loét sinh dục là tình trạng mất lớp biểu mô của da hay niêm mạc của cơ quan sinh dục. Cần phân biệt 3 danh từ sau:

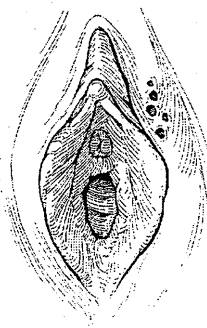
- Trợt (Erosion) là tình trạng chỉ mất lớp biểu mô và một phần rất nông của lớp bì, lành thường không để sẹo.
- Loét (Ulcération) là vết trợt nhưng sâu hơn. Có thể tổn thương toàn bộ lớp bì, lành thường để sẹo. Trợt và loét thường không phân biệt rõ rệt trên lâm sàng ở người không chuyên khoa.
- Săng (Chancre) là một tình trạng tổn thương (loét hay trợt) có vị trí ngay tại điểm xâm nhập của tác nhân gây bệnh. Thí dụ: săng giang mai, săng hạ cam mềm..... (H.1)

II. NGUYÊN NHÂN

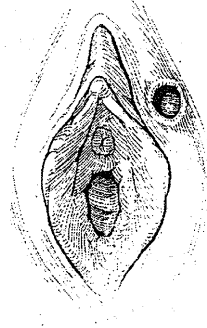
Hội chứng do nhiều nguyên nhân gây nên, mà trong đó bệnh lây truyền qua đường sinh dục chiếm tỷ lệ cao.



Hạ Cam mềm H



Herpes
(H.1)



Giang mai

Tỷ lệ các bệnh lây truyền qua đường sinh dục này khác nhau tùy theo: địa lý, chủng tộc, tuổi, giới nhưng nhìn chung các bệnh hạ cam mề, herpes, giang mai, hột xoài, donovanose chiếm hàng đầu. Do đó ở đây chúng tôi chỉ tập trung bàn về 5 bệnh này.

Bảng 1: Các tác nhân gây loét sinh dục

A. Tác nhân gây bệnh lây truyền qua đường sinh dục:

- *Treponema pallidum*.
- Herpes simplex virus.
- *Haemophilus ducreyi*.
- *Chlamydia trachomatis* serovars L1, L2, L3.
- *Calymmatobacterium granulomatis*.
- *Sarcoptes scabiei*.

B. Những nguyên nhân khác thường gặp:

- Hồng ban sắc tố cố định tái phát.
- Hội chứng Behçet.
- Hội chứng Reiter.
- Chấn thương.
- Ác tính.

C. Những nguyên nhân ít gặp:

- *Phthirus pubis*.
- *Entamoeba histolytica*.
- *Trichomonas vaginalis*.
- Xoắn khuẩn không phải giang mai.
- HIV.

III. LÂM SÀNG

Cần phải lưu ý các điểm sau:

1. Hỏi

- Tuổi.
- Tiền sử gia đình - cá nhân.
- Điều trị trước đó.
- Yếu tố khởi phát:
 - + Giao hợp.
 - + Thuốc.

- + Chấn thương.
- Cảm giác: đau, ngứa, dị cảm... tại tổn thương hay nơi khác.

2. Khám tổn thương

- * Cần phải xác định:
- Kích thước.
- Số lượng.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của loét sinh dục

	Giang mai	Herpes	Hạ cam mề	Hột xoài	Donovanosis
Thời gian ủ bệnh	2 – 4 tuần (1 – 12 tuần)	2 – 7 ngày	1 – 14 ngày	3 ngày đến 6 tuần	1 – 4 tuần, có thể đến 6 tuần
Tổn thương căn bản	Sẩn	Mụn nước	Sẩn hay mụn mủ	Sẩn, mụn mủ hay mụn nước	Sẩn
Số lượng tổn thương	Thường một	Nhiều, có thể đồng nhất	Thường nhiều có thể đồng nhất	Thường một	Thay đổi
Đường kính (mm)	5 – 15	1 – 2	2 – 20	2 – 10	Thay đổi
Bờ	Ranh giới rõ, gồ cao, hình tròn hay bầu dục	Hồng ban	Không đều, xói mòn	Gồ cao, hình tròn hay bầu dục	Gồ cao, không đều
Độ sâu	Nông hay sâu	Nông	Đào sâu	Nông hay sâu	Gồ cao
Đáy	Trơn láng	Thanh dịch hồng ban	Mủ	Thay đổi	Đỏ và nhám (như thịt bò bít - tết)
Nền	Cứng	Không	Mềm	Thỉnh thoảng cứng	Cứng
Đau	Thỉnh thoảng	Thường gặp	Thường rất đau	Thay đổi	Không thường gặp
Hạch	Cứng, không đau hai bên	Cứng, thường đau hai bên	Đau, có thể sưng mủ thường một bên	Đau, có thể sưng mủ thường một bên	Bệnh giả hạch

- Độ sâu của loét hay trợt.
- Nền.
- Đáy: sạch / bẩn.

- Tổn thương ở da hay niêm mạc.
- Hạch.
 - * Khám da – niêm mạc.
 - * Dấu hiệu toàn thân.

IV. CẬN LÂM SÀNG

Các xét nghiệm thường tập trung bốn vấn đề:

- Soi trực tiếp
- Huyết thanh
- Cấy
- Tế bào học

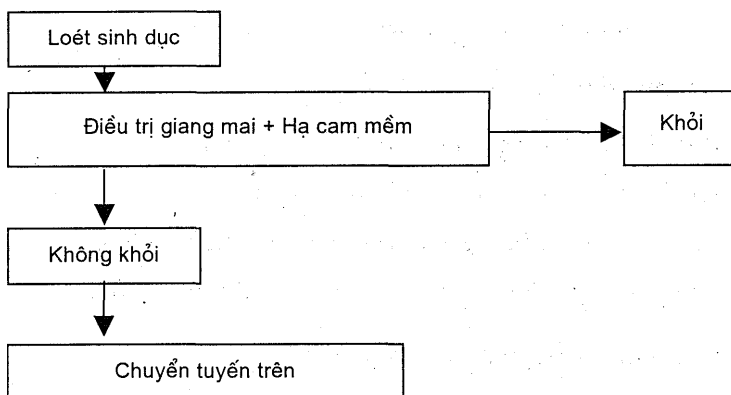
Bảng 3: Các xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán

	Giang mai	Herpes	Hạ cam mồm	Hột xoài	Donovanosis
1. Kính hiển vi	Nền đen	Phát hiện kháng nguyên	Nhuộm gram có độ nhạy và độ chuyên biệt thấp	Không thích hợp	Bệnh phẩm nhuộm Giemsa hay Wright
2. Cấy	Không thích hợp	Cấy tế bào	Nhạy cảm, thích hợp trong môi trường chọn lọc	Cấy tế bào	Không thích hợp
3. Huyết thanh học	RPR, VDRL, FTA-ABS, MHA-TP	Hiếm khi dùng (herpes nguyên phát)	Thực nghiệm	Phản ứng cố định bổ thể hay phản ứng miễn dịch huỳnh quang	Không thích hợp

V. HƯỚNG XỬ TRÍ

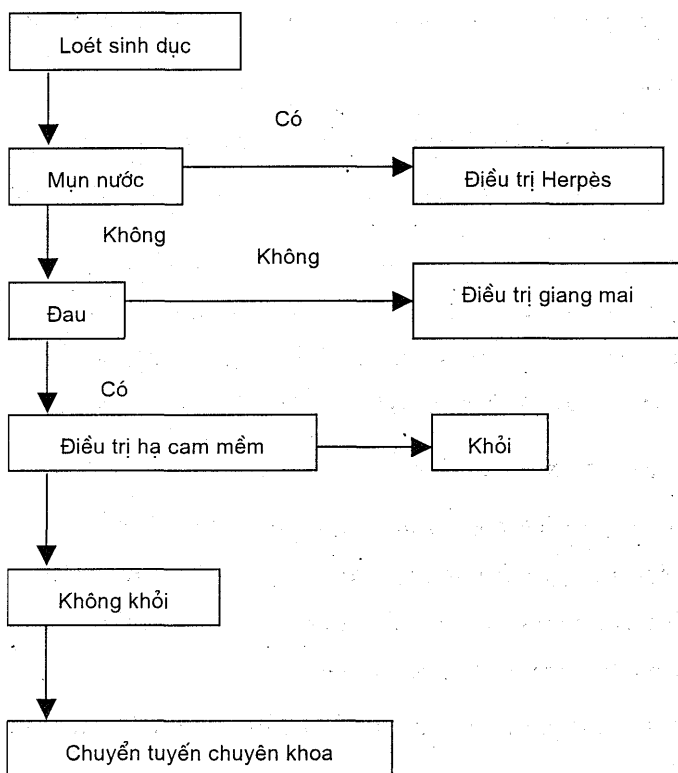
Thực tế Việt Nam, tùy điều kiện từng tuyến từ nơi không có đến nơi có xét nghiệm và thầy thuốc chuyên khoa mà cách xử trí thay đổi.

1. Tuyến cơ sở



Sơ đồ 1: Xử trí loét sinh dục ở tuyến cơ sở

2. Tuyến quận, huyện: (Thầy thuốc chuyên khoa nhưng xét nghiệm không đủ)



Sơ đồ 2: Xử trí loét sinh dục



3. Ở tuyến có thầy thuốc chuyên khoa sơ bộ

* *Phác đồ điều trị:* cho người lớn

3.1. Hạ cam mềm

- Ceftriaxon 250mg, tiêm bắp (liều duy nhất).
- Azithromycin 1g, uống (liều duy nhất).
- Ciprofloxacin 500mg x 2 lần / ngày x 3 ngày, uống.
- Erythromycin 500mg x 4 lần / ngày x 7 ngày, uống.

3.2. Giang mai (Sàng giang mai kỳ IS)

- Benzathin Penicillin (Extencillin^d) 2.4 triệu, tiêm bắp liều duy nhất (test).
- Dị ứng Penicillin có thể thay thế:
Tetracyclin 500mg x 4 lần / ngày x 15 ngày, uống.
Hay erythromycin 500mg x 4 lần / ngày x 15 ngày, uống.

3.3. Herpes

- Lần 1: Acyclovir 200mg x 5 lần / ngày x 7 ngày, uống.
- Tái phát: Acyclovir 200mg x 5 lần / ngày x 5 ngày, uống.

3.4. Hột xoài

- Doxycyclin 100mg x 2 lần / ngày x 21 ngày, uống.
Hay erythromycin 500mg x 4 lần / ngày x 21 ngày, uống.
Sulfisoxazol 500mg x 4 lần / ngày x 21 ngày, uống.

3.5. Donovanosis: U hạt bẹn

- Tetracyclin 500mg x 4 lần / ngày, tối thiểu 3 tuần, uống.
- Erythromycin 500mg x 4 lần / ngày, tối thiểu 3 tuần, uống.
- Chloramphenicol 500mg x 4 lần / ngày, tối thiểu 3 tuần, uống.
(Cho đến khi lành hẳn vết loét)

Ở tất cả các tuyến, ngoài vấn đề điều trị bệnh nhân cần phải làm thêm các việc.

1. Giáo dục sức khỏe.

2. Tham vấn về bệnh.
3. Phát bao cao su.
4. Điều trị người tiếp xúc sinh lý (nếu có bệnh).
5. Theo dõi điều trị mỗi tuần một lần cho đến khi lành vết loét.

Nếu được, khuyên bệnh nhân nên trở lại để thử phản ứng tìm HIV và giang mai sau 3 tháng.

HERPES SINH DỤC

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Herpes sinh dục (bệnh mụn dộp sinh dục; genital herpes) là một bệnh lây truyền qua đường sinh dục do virus gây nên. Biểu hiện lâm sàng của nhiễm sơ phát là hồng ban mụn nước, mọc thành chùm tại vị trí nhiễm và có hạch vùng trong một số trường hợp. Sau đó là những giai đoạn tái phát ở vị trí cũ hoặc ở một số vị trí khác.

2. Tác nhân gây bệnh

Virus gây bệnh là Herpes simplex (HSV), type 2 nhiều hơn type 1.

II. DỊCH TỄ HỌC

- Tuổi: thường ở giai đoạn hoạt động tình dục, tuổi trẻ.
- Giới: thường gặp ở nam hơn nữ.
- Đường lây truyền: thường do tiếp xúc trực tiếp từ da qua da. Trong đa số trường hợp việc lây truyền xảy ra trong giai đoạn không triệu chứng. Tỷ lệ lây truyền giữa vợ chồng khoảng 10% trong một năm (25% ở phụ nữ so với 4 – 6% ở nam giới).

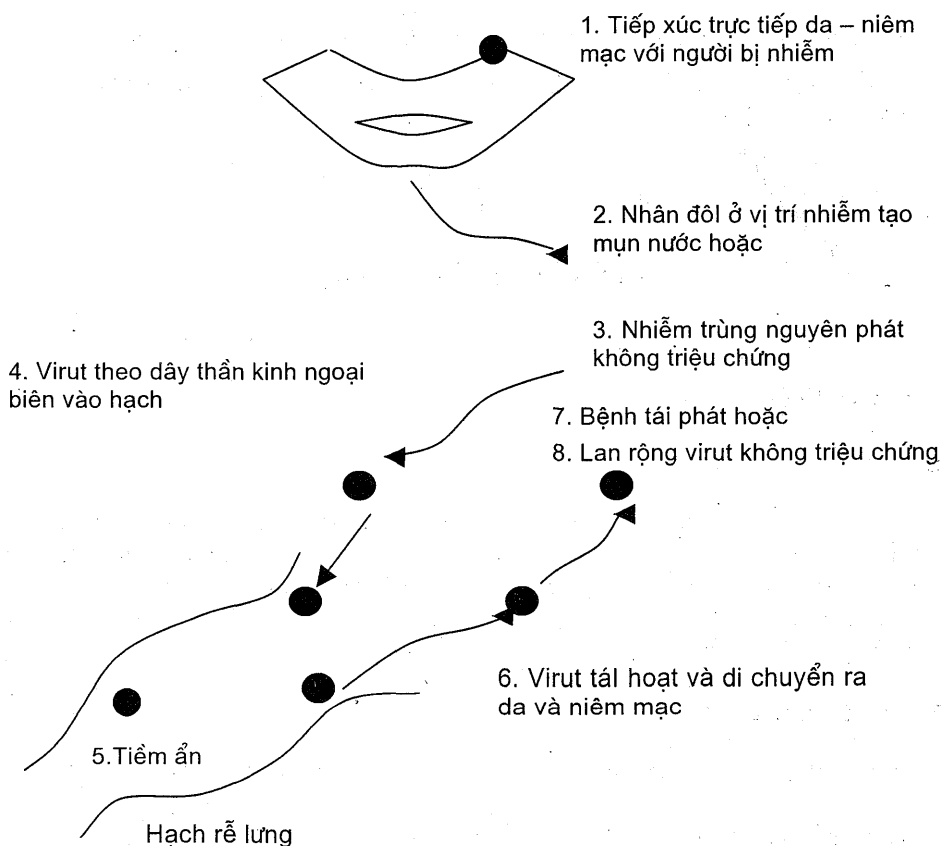
3. Yếu tố thuận lợi

Stress, chấn thương cơ học, kinh nguyệt, giao hợp... Nói chung, bệnh dễ tái phát nếu có thay đổi bất thường làm giảm sức đề kháng.



III. SINH BỆNH HỌC

(xem sơ đồ 1)

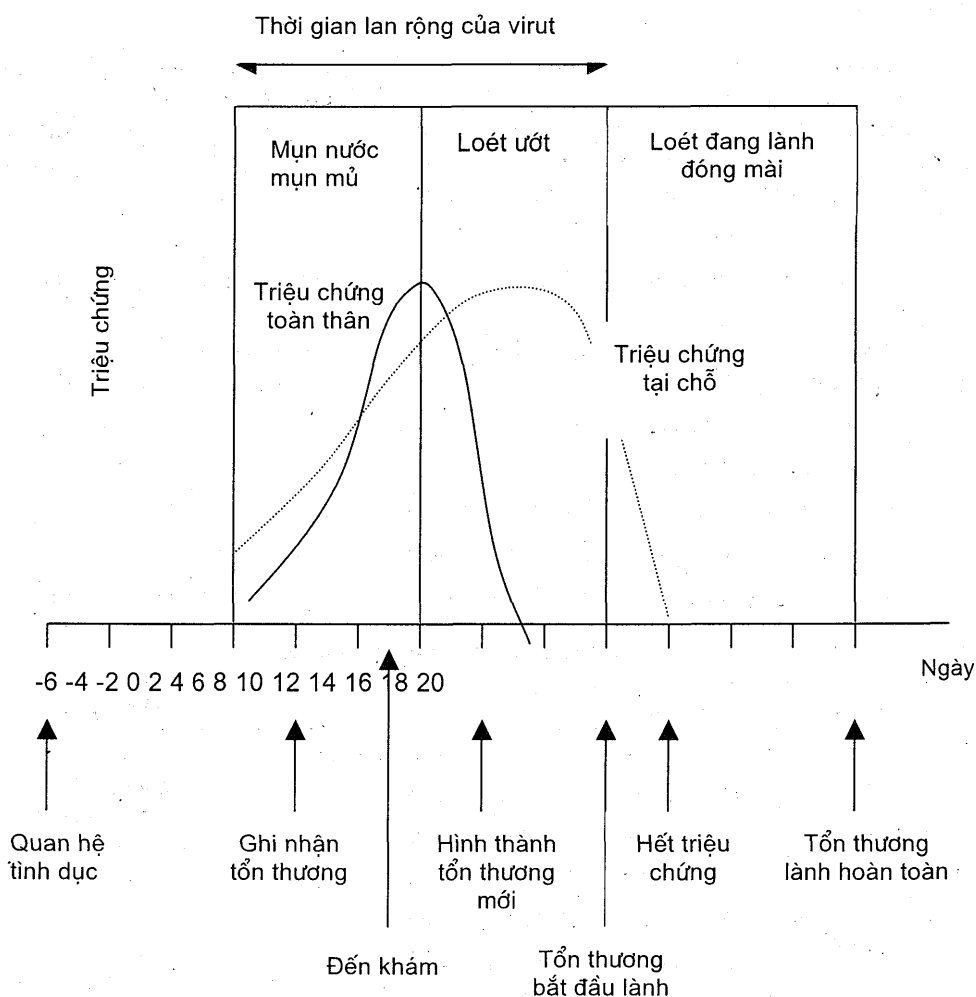


Sơ đồ 1: Sinh bệnh học HERPES SIMPLEX

IV. DIỄN TIẾN

(xem sơ đồ 2)

Herpes sinh dục thường hay tái phát và không lành. Khoảng 50 – 70% trường hợp nhiễm HSV type 2 không có triệu chứng, khoảng 50 – 80% người bệnh tái phát một hay hai lần trong một năm, 2% tái phát mỗi tháng.



Sơ đồ 2: Diễn tiến bệnh của Herpes simplex

Xét nghiệm phân lập virut

Xem kính hiển vi điện tử bằng phương pháp miễn dịch huỳnh quang.

Huyết thanh chẩn đoán:

- Chỉ có giá trị trong trường hợp sơ nhiễm.
- Tỷ lệ kháng thể tăng gấp 4 lần cách nhau 2 tuần có giá trị chẩn đoán xác định.

V. ĐIỀU TRỊ

Do chưa có thuốc đặc trị và điều trị ít kết quả nên mục đích chính là kéo dài thời gian tái phát và hạn chế sự lan toả của thương tổn. Muốn vậy phải loại trừ yếu tố thuận lợi kể trên song song với việc nâng cao sức đề kháng của bệnh nhân. Nếu không điều trị và không bội nhiễm thì bệnh tự ổn định trong 7-10 ngày, sau đó tái phát trở lại tùy mỗi người.

Điều trị tại chỗ:

- Chống bội nhiễm: thuốc tím pha loãng rửa, bôi dung dịch màu (Milian, Eosin 2%).
- Thuốc kháng virus tại chỗ: idoxuridin, acyclovir chỉ có tác dụng trong giai đoạn hồng ban.
- Chống dùng corticoid tại chỗ.

Điều trị toàn thân:

- Nâng sức đề kháng: vitamin C liều cao.
- Kháng sinh toàn thân nếu có bội nhiễm.
- Thuốc chống virus: thường có tác dụng trong giai đoạn nguyên phát.

Bảng thuốc trong điều trị herpes

Chỉ định	Thuốc	Liều	Thời gian
Herpes sinh dục nguyên phát	Acyclovir	200mg x 5 lần/ngày	7 ngày (quan niệm cũ) 10-14 ngày (quan niệm mới)
	Acyclovir	400mg x 3 lần/ngày	
	Valacyclovir	500-1000mg x 2 lần/ngày	
	Famcyclovir	250mg x 3 lần/ngày	
Herpes sinh dục thứ phát	Acyclovir	400mg x 2 lần/ngày	5 ngày
	Acyclovir	200mg x 5 lần/ngày	
	Valacyclovir	500mg x 2 lần/ngày	
	Famcyclovir	125mg x 2 lần/ngày	
Điều trị ức chế	Acyclovir	400mg x 2 lần/ngày	3-6 tháng có thể kéo dài 1 năm
	Valacyclovir	500mg x 1 lần/ngày	
	Famcyclovir	250mg x 2 lần/ngày	



THÁI ĐỘ XỬ TRÍ VIÊM NIỆU ĐẠO Ở PHÁI NAM

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm niệu đạo là tình trạng tiết dịch bất thường ở niệu đạo trước. Viêm niệu đạo là một trong những hội chứng của bệnh lây truyền qua đường tình dục (BLTQĐTD) có thể do nhiều tác nhân gây ra, đặc biệt là *Chlamydia trachomatis*.

Thật vậy, theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới và một số nước trong khu vực Đông Nam Á gần đây, khoảng 40 – 60% viêm niệu đạo là do *C. trachomatis*, khoảng 40% do lậu cầu và do các tác nhân khác chiếm tỷ lệ không đáng kể. Do đó cần phải chẩn đoán phân biệt viêm niệu đạo do lậu và viêm niệu đạo do *C. trachomatis*. Trong trường hợp nghi ngờ hoặc không có điều kiện xét nghiệm thì nên điều trị đồng thời cả lậu và *C. trachomatis* (vì 1/ 3 trường hợp lậu phối hợp với *C. trachomatis*).

Bảng 1: Tác nhân gây viêm niệu đạo trong BLTQĐTD

Thường gặp:

Chlamydia trachomatis.
Neisseria gonorrhea.

Ít gặp:

Ureaplasma urealyticum.
Mycoplasma hominis.
Trichomonas vaginalis.
Herpes simplex.
Candida albicans.

* 30% phụ nữ trong giai đoạn hoạt động sinh dục có thể tìm thấy *C. trachomatis* ở cổ tử cung, âm đạo dù có hay không có biểu hiện lâm sàng vẫn có thể lây truyền cho người tiếp xúc sinh lý.

* Gần đây tỷ lệ nhiễm *C. trachomatis* gấp 3 lần tỷ lệ nhiễm lậu ở Mỹ (CDC 1998).

* Trong thực tế có thể phân biệt viêm niệu đạo do lậu hay không do lậu (chủ yếu do *C. trachomatis*) dựa vào bảng 2:



II. LÂM SÀNG

Đứng trước một bệnh nhân viêm niệu đạo cần phải:

1. Hỏi bệnh

- Thời gian mắc bệnh rất quan trọng (nếu do lậu thường 3 – 5 ngày, không do lậu > 2 tuần).
- Thời gian và hoàn cảnh xuất hiện dịch niệu đạo: sau giao hợp hay tự nhiên.
- Dịch tiết cấp hay từ từ.
- Dạng dịch: mủ, nhầy hay máu.
- Nhịp điệu: ra dịch thường xuyên, gián đoạn hay chỉ có buổi sáng.
- Cơ hội thấy dịch: ra tự nhiên hay sau vuốt hoặc đại tiện.
- Các triệu chứng cơ năng kèm theo:
 - + Cảm giác bỏng.
 - + Ngứa niệu đạo.
 - + Tiểu khó.
 - + Tiểu gián đoạn.
- Những triệu chứng khác: đau hoặc khó chịu ở:
 - + Hố chậu.
 - + Tầng sinh môn.
 - + Bìu.
 - + Đùi.
 - + Đau buốt trong hoặc sau xuất tinh.
- Đánh giá tình trạng tiếp xúc giới tính:
 - + Bạn tình là ai?
 - + Số lượng người tiếp xúc sinh lý trong 6 tháng gần đây?
 - + Thay đổi bạn tình?
 - + Dùng bao cao su?
 - + Tiền căn bệnh lây truyền qua đường tình dục?

2. Khám

+ Đánh giá cơ quan sinh dục ngoài (sờ niệu đạo và vùng bẹn) tìm dấu hiệu da phối hợp (viêm miệng sáo, viêm quy đầu,...) và hạch.

+ Khám trực tràng: đánh giá kích thước, mật độ và độ nhạy cảm của tuyến tiền liệt.

+ Khám bìu: đánh giá kích thước và độ nhạy cảm của tinh hoàn, mào tinh hoàn và các phần liên quan.

+ Khám tổng quát: tìm hạch vùng của hậu môn.

+ Khám người tiếp xúc sinh lý.

+ Khám lỗ niệu đạo: xem tính chất dịch tiết

- Màu sắc.

- Độ dính.

- Số lượng.

- Thời gian ra mủ.

Bảng 2: Phân biệt viêm niệu đạo do lậu và không do lậu.

	Viêm niệu đạo do lậu	Viêm niệu đạo không do lậu
Thời gian ủ bệnh	3 – 5 ngày	> 15 ngày
Triệu chứng nước tiểu	Râm rộ	Âm thầm
+ Tiểu mủ	(+++)	(++)
+ Tiểu dắt	(++)	(+)
+ Tiểu nhiều lần	(+)	(+)
Tính chất mủ	Vàng xanh, loãng, ra liên tục trong ngày	Vàng cam, đặc, ít, thường ra vào buổi sáng
Khám miệng sáo	Đỏ, có thể sưng	Thường ít đỏ
Số người tiếp xúc sinh lý	> 1 người	Thường 1
Đáp ứng điều trị	Thường đề kháng với tetracyclin	Nhạy cảm với tetracyclin

III. CẬN LÂM SÀNG

Xác định viêm niệu đạo:

- Khám dịch tiết niệu đạo.



- Nhuộm Gram dịch tiết.
- Xét nghiệm nước tiểu đầu dòng.
- Tái xét nghiệm nếu cần.

Xác định sự có mặt của lậu cầu:

- Nhuộm Gram.
- Cấy tìm vi khuẩn lậu.

Xét nghiệm tìm *C. trachomatis*:

Thường viêm niệu đạo là nhiễm khuẩn phối hợp (35 – 40% trường hợp)

- Nếu tiết dịch nhiều, nhuộm Gram sẽ cho phép chẩn đoán nhanh bệnh lậu với hình ảnh song cầu Gram âm nằm trong và ngoài bạch cầu đa nhân trung tính. Cấy được thực hiện với mục đích đánh giá độ nhạy của thuốc.

- Trong những trường hợp khác (đặc biệt là không có hoặc ít triệu chứng rõ), lấy dịch tiết buổi sáng (cách 4 giờ sau khi đi tiểu).

- Lấy bệnh phẩm trong niệu đạo để tìm: nấm, *Trichomonas*, *Mycoplasma*, lậu cầu và *C. trachomatis* (cấy tế bào, phát hiện kháng nguyên Chlamydia bằng phương pháp ELISA hoặc miễn dịch huỳnh quang trực tiếp).

- Cấy nước tiểu đầu dòng và đánh giá cặn lắng.

- Huyết thanh tìm bệnh lây truyền qua đường sinh dục khác (viêm gan virut B).

- Thử lại huyết thanh 3 lần / tháng, huyết thanh phát hiện HIV chỉ thực hiện với sự đồng ý của bệnh nhân.

- Huyết thanh chẩn đoán *Chlamydia* chỉ dùng ở nam trong giai đoạn viêm niệu đạo tái phát có dấu hiệu của bệnh cấp.

Bảng 3: Xét nghiệm tìm tác nhân trong viêm niệu đạo.

Tác nhân	Xét nghiệm trực tiếp	Cấy	Môi trường cấy	Huyết thanh (*)
<i>N. gonorrhoeae</i>	Nhuộm Gram	(+)	Môi trường cấy chọn lọc giàu CO ₂	(-)
<i>Mycoplasma</i>	(-)	(+)	Vận chuyển ở 40°C hoặc môi trường cấy đặc biệt	Cấp (-). Biến chứng (+)
<i>U. urealyticum</i>	(-)	(+)	Như <i>Mycoplasma</i>	(-)
<i>C. trachomatis</i>	(+) MDHQ, ELISA	(+)	Môi trường vận chuyển đặc hiệu 40 °C	Cấp (-). Biến chứng (+)
<i>T. vaginalis</i>	Soi tươi	(+)	Môi trường đặc hiệu khi soi (-)	(-)



**THƯ VIỆN
HUBT**

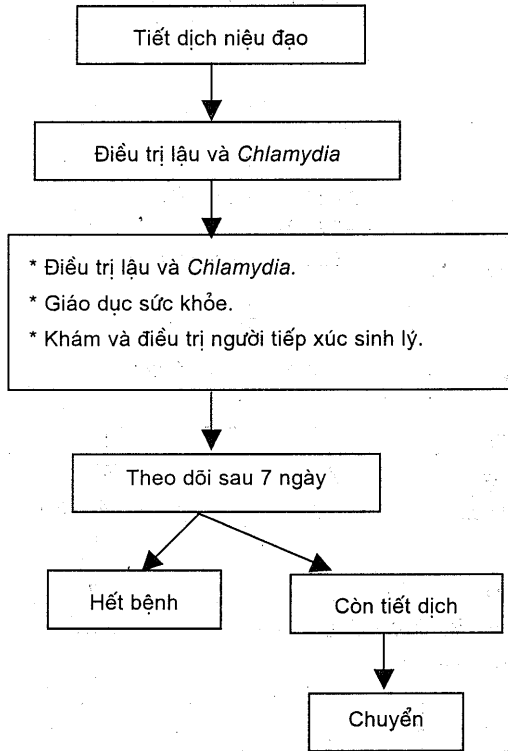
TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

(*) 5 – 10 ml máu trộn trong dung dịch vô khuẩn. Tránh thay đổi nhiệt độ và không lắc. Chuyển đến phòng thí nghiệm trong 24 giờ.

IV. ĐIỀU TRỊ

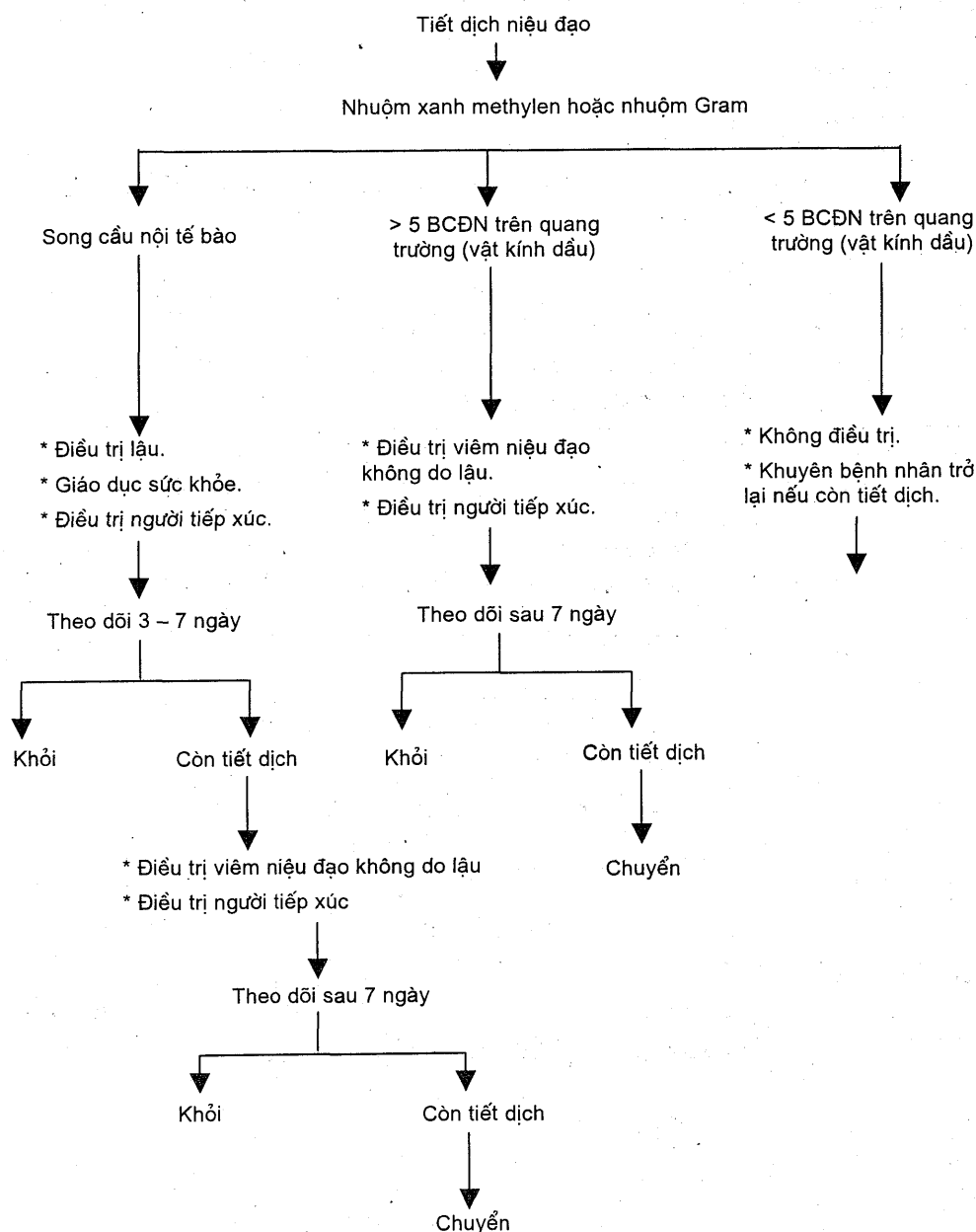
* Tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu: (CSSKBĐ)

Không có xét nghiệm đặc hiệu nên có thể xử trí theo hướng sau:



Sơ đồ xử trí viêm niệu đạo ở tuyến CSSKBĐ

*** Tuyến quận huyện:**



Sơ đồ xử trí viêm niệu đạo ở tuyến quận huyện



* Tuyển chuyên khoa:

Lâm sàng	Kháng sinh	Liều/ ngày	Thời gian điều trị	Bàn luận
Viêm niệu đạo do lậu * Phác đồ ưu tiên:	Ceftriaxon	250 mg (TB)	LDN	Đắt, khó sử dụng (chích, dị ứng).
	Spectinomycin	2 g (TB)	LDN	Đắt, khó sử dụng (chích, dị ứng).
	Ciprofloxacin	250 (uống)	LDN	Đơn giản, dễ sử dụng, rẻ tiền.
* Phác đồ thay thế:	Sulfamethoxazol - Trimethoprim (400mg – 80mg/v)	10 viên (uống)	3 ngày	Dị ứng, sử dụng đơn giản.
Viêm niệu đạo do <i>C. trachomatis</i> * Phác đồ ưu tiên:	Tetracyclin	500 mg x 4 (uống)	7-10 ngày	Rẻ tiền, uống nhiều lần.
	Doxycyclin	100 mg x 2 (uống)	7-10 ngày	Dễ bị ảnh hưởng tiêu hóa.
	Erythromycin	500 mg x 4 (uống)	7-10 ngày	Dùng khi chống chỉ định hay dung nạp kém
	Azithromycin	1 g, (uống)	7-10 ngày	Đắt, sử dụng đơn giản.
	Clarithromycin	500 mg x 1 (uống)	7-10 ngày	Đắt tiền.
	Ofloxacin	300 mg x 2 (uống)	7-10 ngày	
Viêm niệu đạo do <i>U. urealyticum</i> hoặc <i>M. hominis</i> * Phác đồ ưu tiên	Erythromycin	500 mg x 4 (uống)	10 ngày	Dùng khi không dung nạp Erythromycin
	Doxycyclin	100 mg x 2 (uống)	10 ngày	
	Tetracyclin	500 mg x 4 (uống)	10 ngày	
Viêm niệu đạo do <i>T. vaginalis</i> * Phác đồ ưu tiên	Metronidazol	2 g (uống)	LDN	Dễ bị phân hủy bởi tiêu hóa.
	Metronidazol	500 mg x 4 (uống)	7 ngày	Dùng khi phác đồ thất bại.
Viêm niệu đạo do herpes	Acyclovir	200 mg x 5 (uống)	7 ngày	Dễ tái phát.

BỆNH LẬU

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh lậu cấp (gonorrhea; gonococcie) là một trong những bệnh lây truyền qua đường sinh dục do song cầu khuẩn *Nesseria gonorrhoeae* gây ra.

Bệnh chiếm tỷ lệ cao ở Việt Nam cũng như trên Thế giới.

Thường gặp ở người trẻ tuổi, trong giai đoạn hoạt động tình dục.

Bệnh thường gặp ở thành thị hơn ở nông thôn.

Ngoài biểu hiện chủ yếu ở bộ phận sinh dục thường là niệu đạo trước ở nam, bệnh có thể lan tràn khắp nơi như: họng, hậu môn, ...Nhiễm trùng có triệu chứng thường gặp ở nam hơn nữ.

Đường lây truyền:

- Hơn 90% do quan hệ tình dục.
- Khoảng 10% qua các đường khác, thường là:
 - + Trẻ sơ sinh qua âm đạo người mẹ bị lậu.
 - + Trẻ gái bò lê la dưới đất, qua quần áo nhiễm khuẩn lậu.
 - + Mắt do tay bẩn.

Ngày nay, có rất nhiều thuốc điều trị nhưng cần phải chẩn đoán và điều trị sớm để tránh được biến chứng như: viêm niệu đạo hậu lậu, thai ngoài tử cung, viêm vùng chậu, vô sinh,...

II. LÂM SÀNG

1. Thời gian ủ bệnh

Trung bình từ 3 – 5 ngày, nhưng có thể kéo dài từ 2 – 3 tuần. Thời gian ủ bệnh càng dài bệnh càng nhẹ.

2. Lậu ở cơ quan sinh dục

Ở nam: thường gặp nhất là viêm niệu đạo.

* *Triệu chứng mắc bệnh lần đầu:* hơi ngứa, nhón nhột, vài giờ sau tiết ra chất nước trong trở thành đục rồi thành mủ màu vàng hơi trắng, mủ dễ ra khi vuốt dọc theo đường tiểu.

80% trường hợp mắc bệnh đầu tiên, niêm mạc ống tiểu sưng to rất đau, mỗi lần tiểu đau như dao cắt, đau khiến bệnh nhân không dám tiểu nhưng do bàng quang căng chứa ngày càng nhiều nước tiểu làm bệnh nhân càng mắc tiểu đưa đến tình trạng tiểu nhiều lần.

Khám thấy lỗ tiểu đỏ, có mủ vàng đặc, quanh lỗ tiểu sưng đỏ.

Dạng cấp nặng có thể có biến chứng viêm bàng quang, viêm dịch hoàn, tiểu máu.

Hạch thường không bị ảnh hưởng.

* Triệu chứng mắc bệnh những lần sau:

Triệu chứng chủ yếu thường là cảm giác nhồn nhột ở đường tiểu rồi tiểu mủ và có 20% trường hợp có triệu chứng giống lần mắc bệnh đầu. Đây là dạng bệnh thường gặp nhất.

Từ 8 – 12 tuần sau, nếu không điều trị hay điều trị không đúng cách, triệu chứng trên biến mất và chỉ còn triệu chứng giọt đục buổi sáng và tăng lên khi làm nghiệm pháp tái kích thích.

Ở nữ

Triệu chứng thường âm thầm, không rõ ràng do đó là người mang mầm bệnh. Khi rõ ràng, khám thấy lỗ tiểu sưng đỏ, đau rát, tiểu buốt, tiểu máu, huyết trắng có mủ vàng đục.

Đặc biệt ở phái nữ, những biểu hiện ở niệu đạo thường nghèo nàn nhưng sau đó những biểu hiện ở tử cung, buồng trứng thường phong phú và nặng nề như: viêm nội mạc tử cung, viêm tắc tại vòi, viêm vùng chậu, vô sinh.

Ở trẻ em

Đường lây truyền do tiếp xúc quần áo có nhiễm lậu hay do tiếp xúc tình dục.

Triệu chứng ở những bé gái là viêm âm hộ – âm đạo với dịch tiết ở âm đạo. Dịch thường màu vàng đục giống mủ. âm hộ thường phù nề.

Ở trẻ sơ sinh, viêm kết mạc mắt do lậu do tiếp xúc với dịch âm đạo của mẹ bị nhiễm lậu cầu. Tình trạng này được phòng ngừa bằng cách nhỏ mắt bằng nitrate bạc lúc sinh.

3. Lậu ngoài cơ quan sinh dục

Ở nam và nữ, lậu có thể gặp ở những vị trí khác như cổ họng, amidan, hậu môn, trực tràng.

Lậu mắt do lây nhiễm từ tay bẩn thường nặng, thường gặp là viêm kết mạc, viêm giác mạc và có thể đưa đến mù lòa.



4. Lậu lan tỏa

Ngày nay hiếm gặp dạng này do tác dụng của kháng sinh và kiến thức y tế nâng cao. Có thể gặp:

- Lậu khớp.
- Lậu tim (viêm nội tâm mạc do lậu).
- Nhiễm trùng huyết do lậu.
- Biểu hiện ngoài da: dát hóa lậu.
- Viêm hố chậu.

III. CẬN LÂM SÀNG. Xét nghiệm chủ yếu là soi trực tiếp

Soi trực tiếp

Lấy mủ hay dịch tiết niệu đạo, phết lên lame và nhuộm Bleu – Methylene hay nhuộm Gram sẽ thấy hình ảnh đặc trưng: song cầu hình hạt cà phê nằm trong bạch cầu đa nhân trung tính. Đây là xét nghiệm thường được sử dụng nhất tại Việt Nam vì dễ làm, rẻ tiền, dễ đọc và độ đặc hiệu cao (98%).

Cấy

Thường ít sử dụng tại Việt Nam, chỉ cấy khi lậu kháng thuốc hay ở phụ nữ mang mầm bệnh hay hình ảnh soi trực tiếp nghi ngờ.

Phản ứng miễn dịch huỳnh quang, phản ứng cố định bổ thể, phản ứng men:

Ba loại phản ứng sau thường được thực hiện để tìm kháng thể bệnh lậu, chỉ dùng trong nghiên cứu khoa học vì kháng thể chống lậu cầu xuất hiện nhanh và biến mất nhanh.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định: chủ yếu dựa vào

- Lâm sàng: tiểu mủ, tiểu buốt, tiểu dắt, tính chất mủ: vàng xanh, loãng, dễ ra.
- Thời gian ủ bệnh: 3 – 5 ngày.
- Xét nghiệm trực tiếp song cầu Gram âm nội ngoại bào. Cấy có giá trị tuyệt đối nhưng ít sử dụng ở Việt Nam.

2. Chẩn đoán phân biệt

Với các tác nhân gây viêm niệu đạo khác.

V. BIẾN CHỨNG

1. Tại chỗ

- Có thể gây biến chứng viêm nhiễm tại tất cả các cơ quan sinh dục nam cũng như nữ.
- Nếu không điều trị kịp thời có thể đưa đến các biến chứng nặng về sau như: thai ngoài tử cung, vô sinh,...

2. Toàn thân

- Nhiễm trùng huyết: có thể tạo thành túi mủ ở cơ quan.
- Viêm khớp: thường một khớp bị nhất là khớp gối.
- Tổn thương da: sẩn đỏ, mụn mủ, dát hóa lậu ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, bộ phận sinh dục.
- Viêm nội tâm mạc.
- Hội chứng Reiter: viêm đường tiểu vô trùng, viêm giác mạc, viêm khớp, dát hóa lậu. Hội chứng này có thể do *C. trachomatis*.

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

1. Phải chẩn đoán sớm và điều trị đúng phác đồ để tránh biến chứng và hạn chế sự nhờn thuốc.
2. Phải điều trị người tiếp xúc sinh lý.
3. Phải thử huyết thanh chẩn đoán giang mai (thường là VDRL) và HIV để phát hiện bệnh đi kèm theo chương trình lồng ghép phòng chống các bệnh lây truyền qua đường sinh dục.
4. Điều trị lậu kết hợp điều trị *C. trachomatis* vì tính chất dịch tế học, sự phối hợp bệnh trong điều kiện thiếu phương tiện xét nghiệm.
5. Chỉ kết luận khỏi bệnh khi cấy hai lần liên tiếp âm tính hoặc không tiết dịch niệu đạo với nghiệm pháp tái kích thích.

2. Nghiệm pháp tái kích thích

Cho bệnh nhân uống bia, rượu, cà phê hoặc thức khuya, làm việc nặng (có thể bơm nitrate bạc 2% vào niệu đạo). Sáng hôm sau cho bệnh nhân nhịn tiểu và xét nghiệm dịch tiết.

Nếu có dịch sẽ phết lên lame, nếu không có thì dùng một que cho sâu vào niệu đạo 2 cm lấy bệnh phẩm và phết lên lame. Soi trực tiếp hoặc cấy. Cơ hội tìm thấy lậu cầu sẽ cao hơn với nghiệm pháp này.

Thuốc điều trị

Tên khoa học	Liều dùng	Bàn luận
Thuốc chọn lựa đầu tiên		
Ceftriaxon	250 mg, tiêm bắp Liều duy nhất	- Dùng liều duy nhất - Hiệu quả cao - Đắt tiền
Cefixim	500 mg, uống Liều duy nhất	- Hiệu quả cao - Dùng liều duy nhất
Spectinomycin	2 g, tiêm bắp Liều duy nhất	- Hiệu quả cao - Dùng liều duy nhất
Ciprofloxacin	500 mg, uống Liều duy nhất	- Dùng liều duy nhất - Dễ sử dụng - Kháng thuốc cao.
Thuốc hàng thứ yếu		
Sulfamethoxazol/Trime-thoprim (400mg/80mg)	10 viên /ngày x 3 ngày	- Rẻ tiền - Có thể gây dị ứng - Phải dùng nhiều lần
Các thuốc khác		
Cefotaxim	1 g, tiêm bắp Liều duy nhất	- Hiệu quả thấp hơn - Có thể sốc phản vệ

Theo dõi sau điều trị

Nếu điều trị đúng bệnh nhân sẽ hết tiểu mủ khoảng 2 – 3 ngày sau. Cảm giác đường tiểu (tiểu đau, tiểu buốt, tiểu nhiều lần) giảm trong khoảng ngày đầu và biến mất hoàn toàn sau 3 – 5 ngày.

Chỉ kết luận khỏi bệnh sau khi thực hiện nghiệm pháp tái kích thích hai lần liên tiếp, mỗi lần cách nhau 3 ngày mà không có tiết dịch trở lại hoặc có điều kiện cấy.

SÙI MÀO GÀ SINH DỤC (BỆNH MỒNG GÀ)

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Dịch tễ học

- Là một bệnh lây truyền qua đường sinh dục thường gặp. Thương tổn chủ yếu là sùi sùi ở niêm mạc hậu môn – sinh dục, niêm mạc miệng hoặc da vùng cơ quan sinh dục do virus HPV (Human papilloma virus) gây ra.
- Tuổi: thường gặp ở tuổi hoạt động tình dục 20 – 45 tuổi.
- Giới: nữ nhiều hơn nam.

2. Tác nhân gây bệnh

Tác nhân gây bệnh là một virus thuộc nhóm PAPOVA (Papillome polyform vaacuolisation), đường kính 55 mm, bên trong chứa chuỗi ADN, không cấy và không phân lập được. Các type 6, 11 thường gặp nhất, tiếp theo là type 16, 18, 31, 33. Các type 16, 18, thường phối hợp gây loạn sản hoặc ung thư.

3. Đường lây truyền

Có thể lây qua tiếp xúc tình dục hoặc không. Ở trẻ sơ sinh có thể lây HPV trong lúc sinh.

4. Yếu tố thuận lợi

Vệ sinh kém, bộ phận sinh dục thường ẩm ướt, bao quy đầu dài, viêm âm hộ – âm đạo, suy giảm miễn dịch (dùng corticoid kéo dài, đái tháo đường, bệnh máu ác tính,...). Đa số kèm với bệnh hoa liễu khác.

II. LÂM SÀNG

Thời gian ủ bệnh:

Từ 3 tuần – 8 tháng, thường là 3 tháng. Có thể từ nhiều tháng đến nhiều năm.

Triệu chứng tổng quát:

Thường không có, không đau, không ngứa.



Thương tổn căn bản:

- Sản sùi kích thước 1 mm đến hàng trăm mm, bề mặt sản sùi, da trên bề mặt mỏng, ẩm ướt.
- Tổn thương mềm, không đau, đụng vào dễ chảy máu.
- Số lượng từ vài tổn thương đến nhiều tổn thương.

Vị trí:

- Nam: ở lỗ tiểu, rãnh quy đầu, thân dương vật, bẹn, tầng sinh môn, hậu môn.
- Nữ: âm hộ, âm đạo, cổ tử cung quanh lỗ tiểu, bẹn, tầng sinh môn, hậu môn.
- Trẻ em bị lây từ mẹ trong khi sinh: có thể gặp thương tổn ở các niêm mạc ngoài cơ quan sinh dục như mắt, mũi, miệng.

Tại Bệnh viện Da Liễu TP. Hồ Chí Minh, có ghi nhận mối quan hệ rõ giữa mỏng gà và phụ nữ nhiễm HIV.

III. DIỄN TIẾN

- Âm thầm, có thể đứng yên hay lớn dần ra thêm nhiều tổn thương mới.
- Có thể tái phát sau điều trị nhất là dạng có nhiều tổn thương phẳng.
- Có trường hợp trở thành u nhú khổng lồ: Buschle – Lowenstein: đây là dạng khác của bệnh mỏng gà và được xem là sự thay đổi đáp ứng của cơ thể đối với virus hay do độc lực của virus quá mạnh. Bướu to, tăng sừng rất giống ung thư tế bào gai, xâm lấn thể hang, niệu đạo.
- Có mối quan hệ với ung thư cổ tử cung tùy loại type huyết thanh.

IV. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định: dễ chủ yếu dựa vào lâm sàng.

Chẩn đoán phân biệt:

- Condyloma lata (sản ướt giang mai II): tổn thương ẩm ướt hơn, bề mặt trải rộng hơn, bằng phẳng hơn mỏng gà, rất lây, phản ứng huyết thanh (+).
- Ung thư tế bào gai: tăng sừng dễ chảy máu hơn, đau, thâm nhiễm cứng, hạch di căn.
- Gai sinh dục: ở hai bên đối xứng, đụng vào không chảy máu.
- Noevus sùi, dạng cóc: thường có từ nhỏ.

V. BIẾN CHỨNG

- Bội nhiễm: thường gặp.
- Ở phụ nữ có thai: tổn thương phát triển mạnh có thể gây trở ngại khi sinh đường dưới, thường phải mổ lấy thai nếu tổn thương quá lớn.
- Ung thư hóa: rất hiếm.

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Mục đích điều trị

Do ngày nay chưa có thuốc dùng đường toàn thân có tác dụng điều trị mỏng gà nên điều trị chủ yếu là phá hủy tổn thương bằng phương pháp tại chỗ, loại bỏ yếu thuận lợi, tăng sức đề kháng của cơ thể và điều trị người tiếp xúc.

2. Các phương pháp điều trị: chủ yếu bằng phương pháp cơ học.

- Đốt điện: gây tê tại chỗ (trường hợp người quá nhạy cảm, trẻ em: gây mê).
- Nitơ lỏng, tuyết CO₂.
- Phẫu thuật: khi thương tổn lớn, bằng laser CO₂ loại da sùi trên tổn thương.
- Podophyllin 20 – 30% trong paraffin hay vaselin: làm hoại tử tế bào, rối loạn không bào, tế bào phồng, bào quan bên trong bị phá hủy hay tế bào bị loạn dưỡng gọi là tế bào podophyllin dễ lâm với tế bào ung thư.
- Sau khi bôi từ 2 - 3 giờ rửa sạch bằng xà phòng. Ngày nay dùng podophyllotoxin 0,5% (ít độc hơn nhiều so với podophyllin).
- Đây là phương pháp thường dùng tại Việt Nam.
- Chống chỉ định: phụ nữ có thai.
- + Thuốc bôi khác:
 - 5 – Fluorouracil (5 – FU) creme 5%: thoa 2 ngày / lần, nếu dung nạp tốt có thể 1 ngày / lần, trong 2 – 4 tuần. Tai biến: loét, đau. Chống chỉ định: phụ nữ có thai. ít được sử dụng
 - Acid trichloacetic 30 – 50%: hay dùng 50%, gây đau, bôi 1 - 2 ngày / lần. Có thể sử dụng cho phụ nữ có thai.

VII. PHÒNG NGỪA

Gần đây có vaccin phòng ngừa HPV các type 6,11,16,18.



BỆNH PHONG

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Bệnh phong là một bệnh nhiễm trùng hệ thống, mạn tính do trực khuẩn *Mycobacterium leprae* gây ra. Bệnh gây tổn thương chủ yếu ở da và thần kinh ngoại biên. Một số trường hợp có thể đi kèm tổn thương các bộ phận khác như xương, khớp, mắt, mũi, họng, thanh quản, viêm tinh hoàn.

2. Dịch tễ học

- Bệnh phong là bệnh lây truyền chứ không phải do di truyền, tuy nhiên bệnh thường khó lây. Tỷ lệ lây lan trong các cặp vợ chồng hoặc trong các gia đình có người bị bệnh phong từ 2-5%. Điều kiện lây lan phụ thuộc vào nhiều yếu tố.

- Tỷ lệ bệnh phong còn cao ở Đông Nam Á, Trung Phi, Ấn Độ, Trung và Nam Mỹ, đặc biệt tỷ xuất hiện mắc luôn luôn cao nhất ở châu Phi. Nói chung bệnh phong vẫn còn gặp ở bất cứ nơi nào trên thế giới, nhưng ở nhiều nước (nhất là châu Âu) có tỷ lệ rất thấp, thường dưới 0,1/10000. Tại Việt Nam, vào năm 1996 tỷ suất hiện mắc bình quân cả nước khoảng 1,69/10.000. Tính đến cuối năm 2006, tỷ suất hiện mắc bệnh phong ở nước ta là 0,07/10000 và tỷ lệ mới mắc hay tỷ lệ phát hiện là 0,79/100000.

- Nguồn lây: bệnh phong hầu như chỉ có ở con người, mặc dù một số trường hợp giống như bệnh phong được tìm thấy ở những con trăn (armadillos) và một vài loài khỉ. Vậy bệnh nhân phong chưa được điều trị chính là nguồn lây lan, trong đó bệnh nhân phong nhiều khuẩn là nguồn lây lan chủ yếu.

- Đường bài xuất trực khuẩn phong: hai đường bài xuất chính là đường hô hấp và da bị lở loét, trong đó chủ yếu qua đường hô hấp. Bệnh nhân phong u không điều trị có thể phóng thích mỗi ngày đến 100 triệu trực khuẩn phong từ các chất nhầy mũi (nasal secretions). Trực khuẩn phong có thể sống được ở môi trường ngoài cơ thể trong khoảng 1-2 tuần.

- Đường xâm nhập của trực khuẩn phong: hai đường chính là đường hô hấp và da bị trầy xước, chấn thương. Đường hô hấp cũng là đường vào chủ yếu, qua đó trực khuẩn phong được chuyển đến những vị trí thích hợp để nhân lên.

- Khả năng mắc bệnh: phụ thuộc vào miễn dịch trung gian tế bào của cơ thể. Đa số mỗi người đều có miễn dịch trung gian tế bào mạnh đối với trực khuẩn phong, thể hiện bằng phản ứng Mitsuda dương tính. Những người này thường không bị bệnh, hoặc nếu có thì chỉ mắc bệnh phong thể nhũ (phong

củ). Trái lại, một số ít người không có hoặc chỉ có miễn dịch tế bào yếu sẽ dễ bị mắc bệnh hơn và dễ bị thể phong nặng. Một số tác giả cho rằng khả năng mắc một thể phong nào đó có thể phụ thuộc vào gen liên kết HLA.

– Các yếu tố tuổi, giới, chủng tộc và môi trường:

+ Tuổi nào cũng có thể bị, song thanh thiếu niên dễ bị bệnh hơn. Tuổi khởi phát bệnh cao nhất là giữa 10 và 20 tuổi.

+ Giới tính: nam bị nhiều hơn nữ, tỷ lệ khoảng 2/1.

+ Chủng tộc: tỷ lệ cao hơn ở người da đen và da vàng.

+ Khí hậu: lưu hành độ cao hơn ở các xứ nhiệt đới nóng và ẩm thấp.

+ Mức sống: ăn uống kém dinh dưỡng làm giảm sức đề kháng của cơ thể. Sống chen chúc trong những căn nhà chật hẹp, đông người làm tăng sự tiếp xúc gần gũi với nguồn lây.

Như vậy ngoài yếu tố về tuổi, giới, điều kiện sống, hai yếu tố chính quyết định lây truyền là sự tiếp xúc lâu dài với người bệnh và sức đề kháng của cơ thể đối với *M. leprae*.

3. Vi trùng học

Trực khuẩn phong *Mycobacterium leprae* do Armauer Hansen tìm ra năm 1873 nên còn được gọi là trực khuẩn Hansen, có một số đặc điểm sau:

– Hình que, thẳng hay hơi cong, Gram dương, dài 3-8 μm , kháng axit và cồn (nhưng kém hơn *M.tuberculosis*)

– Không cấy được trên môi trường không tế bào (cell-free media).

– Chu kỳ sinh sản chậm, trung bình từ 13-15 ngày.

– Có thể truyền cho động vật: vào năm 1960, lần đầu tiên Shepard báo cáo trực khuẩn phong có thể nhân lên ở gan bàn chân chuột nhắt (mouse footpad). Hơn 200 dòng *M.leprae* từ các bệnh nhân trên thế giới đã gây ra một loại nhiễm trùng giống nhau khi được chủng vào gan bàn chân chuột. Năm 1971 Kirchheimer và Storrs đã gây được nhiễm trùng thực nghiệm ở loại trúc chín khoang (nine-banded armadillo).

– Ở mô, trực khuẩn phong thường được tìm thấy trong các đại thực bào và trong dây thần kinh. *M. leprae* có thể có dạng nguyên vẹn hoặc bị đứt khúc. Chỉ những trực khuẩn nguyên vẹn mới có khả năng lây nhiễm.

4. Thời kỳ ủ bệnh

Rất thay đổi, có thể có từ 3 tháng đến 40 năm, song đa số kéo dài nhiều năm, trung bình là 2 đến 5 năm.



II. PHÂN LOẠI BỆNH PHONG

Phân loại bệnh phong dựa vào lâm sàng, vi trùng học, miễn dịch học và giải phẫu bệnh lý. Trong đó lâm sàng có vai trò quan trọng hàng đầu nhưng cũng cần sự hỗ trợ của cận lâm sàng, nhất là vi trùng học và giải phẫu bệnh lý.

Có nhiều cách phân loại bệnh phong, song ba cách phân loại thường được áp dụng trong các chương trình kiểm soát bệnh phong là:

1. Phân loại theo hội nghị bệnh phong quốc tế lần thứ 6 (Madrid 1953)

Gồm 4 nhóm: phong bất định (I), phong củ (T), phong trung gian (B) hay phong nhị dạng (dimorphous), và phong u (L). Trong đó nhóm phong củ và phong u là hai nhóm phong ở hai cực đối lập của phổ bệnh và ổn định về mặt miễn dịch trung gian tế bào.

2. Phân loại theo miễn dịch học

Cách phân loại này được đề nghị bởi Ridley và Jopling năm 1962 đầu tiên nhằm phục vụ cho nghiên cứu. Năm 1966 bảng này phát triển thành 5 nhóm, biểu thị khả năng miễn dịch của bệnh nhân. Từ năm 1988 phân loại theo miễn dịch học được khuyến cáo gồm 6 nhóm:

1. Nhóm bất định (I, indeterminate)
2. Nhóm phong củ (TT, tuberculoid)
3. Nhóm phong trung gian gần củ (BT, borderline tuberculoid)
4. Nhóm phong trung gian (BB, mid-borderline)
5. Nhóm phong trung gian gần u (BL, borderline lepromatous)
6. Nhóm phong u (LL, lepromatous leprosy)

3. Phân loại theo vi khuẩn (theo WHO 1988)

Đây không phải là phương pháp phân loại mới, mà chỉ là cách phân loại bệnh nhân theo nhóm ít khuẩn hoặc nhiều khuẩn để áp dụng đa hóa trị liệu thống nhất trong các chương trình kiểm soát bệnh phong. Phân loại này gồm 2 nhóm:

3.1. Nhóm ít khuẩn (PB=paucibacillary)

- Theo bảng phân loại miễn dịch học: phong bất định (I), phong củ (TT), phong trung gian gần củ (BT).
- Theo bảng phân loại của Madrid: Phong bất định (I), phong củ (T).
- Bất cứ thể nào của nhóm này có vi khuẩn dương tính phải được xếp vào nhóm nhiều khuẩn của chương trình đa hóa trị liệu.

3.2. Nhóm nhiều khuẩn (MB =multibacillary)

– Theo bảng phân loại miễn dịch học: Phong trung gian (BB), phong trung gian gần u (BL), phong u (LL).

– Theo bảng phân loại của Madrid:Phong trung gian (B), phong u (L).

Tất cả các trường hợp có phản phết dương tính đều được xếp vào nhóm đa hóa nhiều khuẩn.

Bảng 1. Sự tương ứng giữa ba cách phân loại bệnh phong

Madrid	I	T				B	L
Theo miễn dịch học	I	TT	BT	BB	BL	LL	
Theo vi khuẩn	ít khuẩn (PB)					Nhiều khuẩn (MB)	

III. ĐẶC ĐIỂM CHÍNH CỦA CÁC THỂ PHONG

1. Phong bất định

1.1. Lâm sàng

– Thương tổn da: phong bất định thường là khởi đầu của các thể phong, có tính chất bất định về lâm sàng, vi trùng học, miễn dịch học, giải phẫu bệnh và tiến triển.

Thương tổn của phong bất định thường là một dát giảm sắc tố hoặc hơi hồng giới hạn không rõ; đôi khi nhiều thương tổn nhưng không đối xứng. Cảm giác trên thương tổn bình thường hoặc giảm nhẹ.

– Thần kinh ngoại biên: bình thường

1.2. Vi trùng học: phết rạch da thường âm tính.

1.3. Miễn dịch học: phản ứng Mitsuda âm tính hoặc dương tính yếu.

1.4. Giải phẫu bệnh lý: thường là viêm bì không đặc hiệu. Nhưng nếu có tẩm nhuận lympho bào quanh các phần phụ của da nhất là quanh dây thần kinh thì có hướng chẩn đoán bệnh phong.

1.5. Diễn tiến: bệnh có thể đứng yên trong một thời gian, hoặc hết tự nhiên, hoặc tiến triển qua các thể phong khác.

2. Phong củ

2.1. Lâm sàng

– Thương tổn căn bản là mảng hoặc đôi khi là dát, màu đỏ hồng hoặc đỏ sẫm, hoặc giảm sắc tố, giới hạn rõ. Toàn bộ mảng hoặc bờ của mảng nhô cao,

có khi viền bờ bởi những sẩn hay củ sắp xếp kế nhau. Bề mặt thương tổn có thể teo, khô hơn vùng da bình thường, rụng lông, tróc vảy. Thường chỉ có một thương tổn, đôi khi hai hoặc nhiều hơn, không đối xứng. Cảm giác trên thương tổn mất.

– Thần kinh ngoại biên: thường bị tổn thương sớm, số lượng ít, không đối xứng, với biểu hiện to không đều, có khi cho dạng nang hoặc chuỗi hạt.

2.2. Vi trùng học: phết rạch da âm tính.

2.3. Miễn dịch học: phản ứng Mitsuda dương tính mạnh (+++)

2.4. Giải phẫu bệnh lý: thượng bì có thể teo hoặc bình thường. Mô bì rải rác nhiều nang hay những ổ tế bào gồm có đại bào Langerhans ở trung tâm, vùng chung quanh là những tế bào dạng biểu mô xen kẽ những lympho bào làm thành một vành đai tương đối rõ.

2.5. Diễn tiến: ổn định, thường đáp ứng tốt với điều trị, một số trường hợp có thể khỏi tự nhiên.

3. Phong trung gian gần củ (BT)

3.1. Lâm sàng

– Thương tổn da: thường có một vài mảng, màu đỏ hồng, đỏ sẫm hoặc giảm sắc tố, giới hạn rõ, thường kèm tổn thương vệ tinh (satellite lesion), có khi tróc vảy. Thương tổn có thể có hình vành khăn với bờ hoàn toàn rõ. Cảm giác mất hoặc giảm rõ.

– Thần kinh ngoại biên: có thể nhiều dây thần kinh bị tổn thương sớm nhưng không đối xứng.

3.2. Vi trùng học: âm tính hoặc dương tính (+)

3.3. Miễn dịch học: phản ứng Mitsuda dương tính yếu (+) hoặc vừa (++)

3.4. Giải phẫu bệnh lý: thượng bì teo ít hay nhiều. Mô bì có u hạt dạng củ (tuberculoid granuloma) hoặc dạng nang gồm tế bào dạng biểu mô, lympho bào và đại bào Langerhans nhưng lan toả hơn trong phong củ. Có thể có dải sáng Unna nhưng rất hẹp.

3.5. Diễn tiến: không ổn định (unstable), có thể cho phản ứng đảo nghịch (phản ứng loại I)

4. Phong trung gian (BB)

4.1. Lâm sàng

– Thương tổn da: thường có khá nhiều những mảng màu đỏ, đỏ sẫm hoặc giảm sắc tố, giới hạn có chỗ rõ, có chỗ không rõ (thường ít rõ hơn so với phong

trung gian gần củ). Thương tổn có tính chất sưng và bóng. Thường đặc trưng nhất là những thương tổn hình vành khăn với trung tâm lõm và màu da gần bình thường, giới hạn ngoài mờ, giới hạn trong rõ. Cảm giác ở thương tổn giảm vừa hoặc mất (ở vùng trung tâm). Phân bố thương tổn ở một hoặc hai bên cơ thể, thường không đối xứng.

– Thần kinh ngoại biên: có thể nhiều dây thần kinh bị tổn thương nhưng không đối xứng.

4.2. Vi trùng học: thường dương tính 2(+) hoặc 3h (+).

4.3. Miễn dịch học: phản ứng Mitsuda âm tính.

4.4. Giải phẫu bệnh lý: thâm nhiễm lan tỏa các tế bào dạng biểu mô, rải rác lympho bào, không còn đại bào Langerhans. Dải sáng Unna khá rõ.

4.5. Diễn tiến: không ổn định, có thể cho phản ứng đảo nghịch.

5. Phong trung gian gần u (BL)

5.1. Lâm sàng

– Thương tổn da: số lượng thương tổn nhiều, khá đa dạng, gồm những dát, sẩn, cục, mảng màu đỏ hồng, đỏ sẫm hoặc giảm sắc tố, giới hạn thường không rõ. Đặc trưng nhất là những mảng hình đĩa úp. Cảm giác ở thương tổn giảm nhẹ. Thương tổn thường phân bố ở hai bên cơ thể và có khuynh hướng đối xứng.

– Thần kinh ngoại biên: có thể nhiều dây thần kinh bị tổn thương, thường bị tổn thương muộn và có khuynh hướng đối xứng.

5.2. Vi trùng học: thường dương tính 3 (+) đến 4 (+).

5.3 Miễn dịch học: phản ứng Mitsuda âm tính.

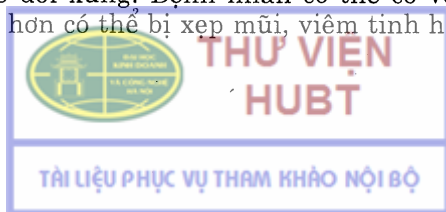
5.4. Giải phẫu bệnh lý: thâm nhiễm lan tỏa nhiều đại thực bào, khá nhiều bọt bào, ít tế bào dạng biểu mô và lympho bào. Dải sáng Unna rõ.

5.5. Diễn tiến: không ổn định, cũng như các thể phong trung gian khác có thể tiến triển đến thể phong nặng hơn và cho phản ứng đảo nghịch, phản ứng hồng ban nút.

6. Phong u (LL)

6.1. Lâm sàng

– Thương tổn da: có vô số và đa dạng gồm dát, sẩn, cục, mảng, u phong, thâm nhiễm lan tỏa; màu đỏ, đỏ đồng, bóng, giới hạn không rõ. Thương tổn rải rác toàn thân, nhưng tập trung nhiều nhất ở mặt, tai, đầu chi với tính chất sưng bóng; phân bố đôi xứng. Bệnh nhân có thể có vết mặt sư tử, rụng lông mày, lông mi, nặng hơn có thể bị xẹp mũi, viêm tinh hoàn, vú to (ở nam giới).



Cảm giác ở thương tổn không giảm trong những trường hợp sớm, có khi còn tăng cảm giác. Nhưng cảm giác ở vùng da khác có thể bị mất, đặc biệt là mất cảm giác ở bàn tay, cẳng tay, bàn chân, cẳng chân đối xứng theo hình mang găng và mang tất.

- Thần kinh ngoại biên: xảy ra muộn với nhiều dây thần kinh bị tổn thương, tính chất đều đặn, đối xứng.

6.2. Vi trùng học: thường dương tính 4 (+) đến 6 (+).

6.3. Miễn dịch học: Phản ứng Mitsuda luôn luôn âm tính.

6.4. Giải phẫu bệnh lý

- Thượng bì teo dẹt.
- Mô bì thâm nhiễm lan tỏa đại thực bào, bọt bào Virchow(lepra cells) với tế bào chất bị không bào hóa và chứa nhiều trực khuẩn phong. Dải sáng Unna rất rõ.

6.5. Diễn tiến: nếu không điều trị bệnh nhanh nặng lên, có thể cho nhiều biến chứng và dự hậu xấu.Có thể cho phản ứng hồng ban nút phong.

Bảng 2: Tóm tắt đặc điểm chính của các thể phong

	I	TT	BT	BB	BL	LL
	Thường là khởi đầu	(Sức đề kháng cao)	(Sức đề kháng không ổn định)			(Không có sức đề kháng)
Thương Tổn da	1 hoặc nhiều	1-2	Vài	vài hoặc nhiều	nhiều và gần đối xứng	vô số và đối xứng
Vi trùng	Thường (-)	(-)	(-) hoặc 1h+	2+ đến 3+	3+ đến 4+	4+ đến 6+
Miễn dịch Học	Khi (-), Khi (+)	3+	1+ đến 2+	(-), đôi khi ủ (+) yếu	(-)	Luôn luôn (-)
Giải phẫu bệnh lý	Thâm nhiễm tế bào lympho	U hạt dạng củ tế bào dạng biểu mô, lympho bào	Tương tự như TT, nhưng lan tỏa hơn và có vùng sáng dưới thượng bì	Tương tự BT nhưng lan tỏa hơn, không có tế bào khổng lồ, vùng sáng Unna rõ hơn	U hạt chủ yếu là mô bào, vùng sáng Unna rõ	thượng bì teo dẹt, mô bì chủ yếu là mô bào, tế bào Virchow, vùng sáng Unna rõ
Kháng thể	-/+	+/-	+	++	+++	++++
Phản ứng loại 1	0	0	+	++	+	0
Phản ứng loại 2	0	0	0	0	+	++

IV. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN BỆNH PHONG

Có thể dựa vào một hoặc hai trong ba tiêu chuẩn sau:

1. Mất hoặc giảm cảm giác rõ ở thương tổn da hoặc ở vùng da bị bệnh (phải thử cả 3 loại cảm giác nông: nhiệt độ, sờ mó nhẹ, đau bởi vì đôi khi chỉ một loại cảm giác bị ảnh hưởng)

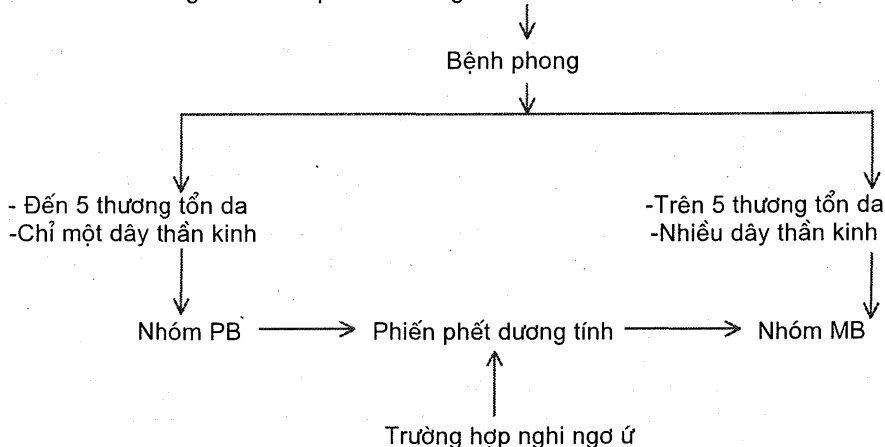
2. Thần kinh ngoại biên phì đại và nhạy cảm, phối hợp với các dấu hiệu của thương tổn dây thần kinh như liệt, mất cảm giác, teo cơ, loạn dưỡng da.

3. Trục khuẩn Hansen dương tính.

Tuy nhiên chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng là chính, nhất là đối với các thể phong ít khuẩn mà vi khuẩn thường âm tính. Trong trường hợp đó, sinh thiết da có thể giúp ích và cần thiết cho chẩn đoán.

SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI BỆNH PHONG

Thương tổn da mất cảm giác và / hoặc tổn thương thần kinh



V. MỘT SỐ THỬ NGHIỆM TRONG BỆNH PHONG

1. Thử nghiệm histamin: (histamine test)

- Dùng để chẩn đoán tổn thương thần kinh hậu hạch (postganglionic nerve). Nhỏ một giọt dung dịch histamin diphosphate 1/1000 trên vùng thương tổn phong nghi ngờ và trên vùng da bình thường. Dùng kim đâm qua mỗi giọt xuống tới bì. Một sẩn phù sẽ tạo thành ở mỗi chỗ châm do tác dụng giãn mạch trực tiếp và tăng tính thấm thành mạch của histamin. Quảng đỏ quanh sẩn phù sẽ không có ở vùng da bị bệnh do thần kinh trung bì đã bị tổn hại. Quảng đỏ có thể khó nhìn ở những người da đen.

2. Thử nghiệm rạch da (slit-skin smaeear, Fb)

Để tìm trực khuẩn Hansen người ta phải làm thử nghiệm rạch da ở hai vị trí: dái tai và thương tổn da. Vùng da làm thử nghiệm phải được lau sạch bằng cồn. Dùng ngón cái và ngón trỏ của tay trái bóp chặt vị trí định rạch. Dùng dao mổ rạch một đường dài chừng 5mm sâu 2-3mm, quay lưỡi dao vuông góc với đường rạch rồi cạo trên vết rạch 2-3 lần cùng chiều để lấy một giọt dịch mô. Phết giọt dịch mô lên lam làm một phết đường kính khoảng 7mm. Các phết được để khô trong không khí, rồi cố định trên ngọn lửa đèn cồn trước khi nhuộm Ziehl-Neelsen.

3. Phản ứng Mitsuda (thử nghiệm Lepromin)

3.1. Định nghĩa

- Là một thử nghiệm miễn dịch học để đánh giá sức đề kháng của cơ thể đối với M.leprae, không phải để chẩn đoán xác định bệnh phong.

3.2. Kỹ thuật

- Tiêm trong da mặt trước cẳng tay 1/10 ml kháng nguyên leppromin .
- Đọc phản ứng 2 lần .
 - + Lần thứ nhất: đọc sau 48 giờ, gọi là phản ứng sớm của Fernandez. Đây là một phản ứng không đặc hiệu của cơ thể với một protein lạ.
 - + Lần thứ 2: đọc sau 3 tuần, gọi là phản ứng trễ hay là phản ứng Mitsuda. Phản ứng dương tính khi đường kính của các cục lớn hơn 3mm.

3.3. Ý nghĩa của phản ứng Mitsuda

3.3.1 *Đánh giá đáp ứng miễn dịch* qua trung gian tế bào của cơ thể đối với M.leprae. Phản ứng dương tính ở người bệnh có sức đề kháng mạnh và ở đa số người bình thường.

3.3.2 *Giúp ích trong chẩn đoán phân loại bệnh phong* (diagnosis of type of leprosy)

3.3.3 *Giúp dự hậu*: phản ứng dương tính cho dự hậu tốt hơn, ngược lại phản ứng âm tính chứng tỏ bệnh nhân không có sức đề kháng và có dự hậu tương đối nghiêm trọng.

3.3.4 *Đánh giá ảnh hưởng của điều trị*, nếu phản ứng từ âm tính chuyển thành dương tính, chứng tỏ điều trị có tác dụng tốt đến miễn dịch.

VI. PHẢN ỨNG PHONG

Trong diễn tiến mạn tính của bệnh phong có thể xảy ra những giai đoạn viêm cấp tính gọi là phản ứng phong (leprosy reactions). Phản ứng xảy ra do

nhiều yếu tố như: tác động của điều trị và các nhiễm trùng gian phát, stress về tinh thần và thể chất, thai nghén, sinh đẻ, phẫu thuật.

1. Phản ứng loại 1 xảy ra ở các thể phong trung gian bao gồm

1.1. Phản ứng lên cấp hay phản ứng đảo nghịch (upgrading reaction, reversal reaction) liên quan đến sự gia tăng miễn dịch qua trung gian tế bào, khiến diễn tiến bệnh hướng về cực phong củ. Phản ứng thường xuất hiện trong 6 tháng đầu điều trị, với biểu hiện các thương tổn da có từ trước sưng lên,, có thể tiến đến hoại tử và loét, có thể viêm thần kinh cấp và áp xe dây thần kinh, tổng trạng thường không hoặc ít bị thay đổi.

1.2. Phản ứng xuống cấp (downgrading reaction) liên quan đến sự giảm sút miễn dịch trung gian tế bào, khiến diễn tiến bệnh hướng về cực phong u, với biểu hiện số lượng thương tổn tăng thêm và ít có tính chất viêm.

Tuy nhiên vì tính chất quan trọng của các thương tổn viêm cấp và thường xảy ra hơn nên người ta chú trọng nhiều đến phản ứng đảo nghịch.

2. Phản ứng loại 2 hay còn gọi là hồng ban nút phong (erythema nodosum leprosum): chủ yếu xảy ra ở bệnh nhân phong u, thỉnh thoảng ở thể trung gian gần u, do lắng đọng phức hợp miễn dịch ở thành mạch. Phản ứng xuất hiện thường 1-2 năm sau khi bắt đầu điều trị, tuy nhiên cũng có thể xảy ra ở bệnh nhân bị bệnh lâu ngày không được điều trị. Bệnh nhân bị nổi đột ngột những cục hồng ban đau nhức, có thể có mụn, bóng nước, hoại thư và loét, kèm theo viêm khớp, viêm tinh hoàn mào tinh hoàn, sốt, khó chịu, thay đổi tổng trạng. Tình trạng viêm dây thần kinh cấp tính cũng có thể xảy ra và đòi hỏi phải điều trị kịp thời.

VII. ĐIỀU TRỊ BỆNH PHONG

1. Mục đích điều trị

– Chữa khỏi bệnh, trả bệnh nhân về với lao động và sinh hoạt bình thường hay gần bình thường.

– Cắt đứt lây lan trong cộng đồng, điều này có ý nghĩa lớn hơn việc chữa khỏi bệnh cho từng cá nhân.

2. Nguyên tắc điều trị

2.1. Khám và điều trị cả người tiếp xúc (nếu có bệnh)

2.2 Cần uống đủ thuốc, đủ liều, đủ thời gian và đều đặn theo chế độ đa hoá trị liệu (multidrug therapy).

2.3. Kết hợp với vật lý trị liệu và giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân



2.4 Trong điều trị chú ý theo dõi các phản ứng phong và các tai biến do thuốc để xử lý kịp thời

3. Phác đồ đa hoá trị liệu (ĐHTL) bệnh phong theo YTTG (WHO)

3.1. Phác đồ điều trị bệnh nhân nhiều khuẩn

Liều lượng cho người lớn	Liều lượng cho trẻ em (10-14 tuổi)
-Liều hàng tháng: Ngày 1 Rifampicin 600 mg(2x300mg) Clofazimin 300 mg(3x100mg) Dapson 100 mg -Liều hàng ngày: Ngày 2-28 Clofazimin 50 mg Dapson 100 mg -Thời gian điều trị: 12 vỉ (tháng thuốc) uống trong vòng 12-18 tháng	-Liều hàng tháng: Ngày 1 Rifampicin 450 mg (3x150mg) Clofazimin 150 mg (3x50mg) Dapson 50 mg -Liều hàng ngày: Ngày 2-28 Clofazimin 50 mg mỗi 2 ngày Dapson 50 mg -Thời gian điều trị: 12 vỉ (tháng thuốc) uống trong vòng 12-18 tháng

3.2 .Phác đồ điều trị bệnh nhân ít khuẩn

Liều lượng cho người lớn	Liều lượng cho trẻ em (10-14 tuổi)
-Liều hàng tháng: Ngày 1 Rifampicin 600 mg(2x300mg) Dapson 100 mg -Liều hàng ngày: Ngày 2-28 Dapson 100 mg -Thời gian điều trị: 6 vỉ (tháng thuốc) uống trong vòng 6-9 tháng	-Liều hàng tháng: Ngày 1 Rifampicin 450 mg(3x150mg) Dapson 50 mg -Liều hàng ngày: Ngày 2-28 Dapson 50 mg -Thời gian điều trị: 6 vỉ (tháng thuốc) uống trong vòng 6-9 tháng

* Chú ý:

- Có thể điều chỉnh liều lượng cho trẻ em dưới 10 tuổi, thí dụ: Rifampicin 300 mg, clofazimin 100 mg mỗi tháng một lần và 50 mg mỗi tuần 2 lần (cho MB), dapson 25 mg.

- Bệnh nhân PB đã uống đủ 6 vỉ ĐHTL -PB trong vòng 9 tháng, bệnh nhân MB đã uống đủ 12 vỉ ĐHTL -MB 18 tháng thì được xem như khỏi bệnh.

- Bệnh nhân vắng mặt (không lãnh thuốc điều trị liên tục trong 3k-6 tháng): cần khám lại cẩn thận (làm phiền phết da nếu có thể) , nếu thấy các thương tổn bệnh phong còn hoạt tính thì điều trị lại từ đầu với một phác đồ ĐHTL thích hợp.

3.3. Phác đồ thay thế

– Bệnh nhân dị ứng với DDS: đang điều trị theo phác đồ ít khuẩn thì thay DDS bằng lampren 50 mg/ ngày, nếu không dùng được lampren thì thay bằng minocyclin 100 mg /ngày hoặc ofloxacin 400 mg /ngày. Nếu bệnh nhân đang điều trị theo phác đồ nhiều khuẩn thì tiếp tục phác đồ mà không cần có DDS.

– Bệnh nhân dị ứng với rifampicin thì theo phác đồ:

Trong 6 tháng đầu: lampren 50 mg/ngày, ofloxacin 400 mg/ngày và minocycline 100 mg/ngày hoặc clarithromycin 500 mg/ngày.

Trong 18 tháng sau: lamprene 50 mg/ ngày và minocyclin 100 mg /ngày hoặc ofloxacin 400 mg /ngày.

4. Theo dõi sau điều trị

Việc theo dõi sau khi hoàn tất phác đồ điều trị có hai mục đích chính là:

- Phát hiện tái phát
- Phát hiện phản ứng phong sau khi điều trị .

Ngoài việc tái khám định kỳ (thường thì mỗi năm một lần, trong hai năm đối với thể PB và trong năm năm đối với MB), để chẩn đoán sớm các phản ứng phong và tái phát cần dặn cho bệnh nhân tái khám ngay khi thấy có bất thường gì về da và thần kinh ngoại biên như xuất hiện các đốm, các cục trên da, nóng sốt, đau nhức, giảm thị lực và yếu cơ.

5. Điều trị phản ứng phong

Khi xảy ra phản ứng phong bệnh nhân vẫn tiếp tục dùng thuốc đặc hiệu, nhưng cần được xử trí thêm tùy loại phản ứng và tình trạng nặng nhẹ.

5.1. Phản ứng lên cấp: cho corticoid, trong trường hợp kèm viêm thần kinh nặng không bớt sau một tuần điều trị cần phẫu thuật giải chèn ép thần kinh.

5.2. Phản ứng loại 2

– Nhẹ: cho thuốc chống viêm không phải corticoid (anti-inflammatoires nonsteroidiens)

– Nặng: cho corticoid, lampren; đặc biệt nếu có viêm thần kinh cấp cần sử dụng corticoid sớm và nếu điều trị nội khoa không bớt cũng cần phẫu thuật giải chèn ép.

Thaïldomid có tác dụng tốt trong điều trị phản ứng loại 2, bao gồm cả viêm thần kinh và viêm móng mắt, nhưng chống chỉ định ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.

6. Điều trị tàn tật

– Một số bệnh nhân có thể bị tàn tật trước hoặc sau khi đa hóa trị liệu. Những tàn tật thông thường là mất cảm giác, loét lỗ đáo, cò ngón, bàn chân rớt, viêm loét đầu chi, hoặc bị ảnh hưởng trên mắt như chứng hồ mi, mất phần xạ giác mạc, giảm thị lực. Vì vậy việc kết hợp điều trị tàn tật rất quan trọng.

– Điều trị: áp dụng vật lý trị liệu từ đơn giản đến phức tạp như vận động liệu pháp hàng ngày, các bài tập chuyên biệt cho từng bộ phận. Khi phẫu thuật chỉnh hình bệnh nhân cũng cần được tập vật lý trị liệu trước và sau phẫu thuật.

VIII. PHÒNG BỆNH

Biện pháp phòng bệnh chủ yếu hiện nay vẫn là phát hiện và điều trị sớm bệnh phong, trong đó giáo dục sức khỏe phải được thực hiện rộng khắp và đều đặn nhằm giúp cho mọi người có kiến thức căn bản về bệnh phong, tức là có quan niệm đúng đắn về bệnh phong, biết được các triệu chứng sớm của bệnh.

BỆNH NẤM DA

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm nấm nông là bệnh thường gặp nhất trong tất cả các dạng nhiễm trùng của da và niêm mạc. Vi nấm gây bệnh có thể là một thành phần của thảm vi khuẩn thường trú trên da hoặc nhiễm từ ngoài vào. Vi nấm tăng sinh và gây bệnh khi có những thay đổi về môi trường sống trên da. Ba chủng vi nấm gây bệnh thường gặp là: Dermatophytes, Candida và Malassezia furfur. Dermatophytes có thể gây nhiễm trùng ở lớp sừng da, nang lông và móng. Chủng Candida thường cần môi trường ẩm và M.furfur cần môi trường ẩm, giàu chất béo để phát triển.

II. BỆNH DO VI NẤM SỢI TƠ

1. Đại cương

– Vi nấm sợi tơ (dermatophytes) là nhóm vi nấm duy nhất có khả năng gây nhiễm trên những cấu trúc sừng hóa như lớp sừng da, móng và tóc. Có nhiều cách phân loại bệnh nhưng thông dụng nhất là phân loại dựa trên vị trí

mô bị tổn thương như nấm ở da trơn, nấm ở lông và nang lông, nấm móng. Do sự khác nhau về cấu trúc giải phẫu nên biểu hiện lâm sàng của bệnh cũng có nhiều khác biệt.

2. Dịch tễ học và tác nhân gây bệnh

- Tuổi khởi bệnh: nấm tóc thường gặp ở trẻ em (*Trichophyton*, *Microsporum*) và nhiễm trùng vùng kẽ thường gặp ở người trẻ. Tần suất của nấm móng có liên quan trực tiếp đến tuổi (ở Mỹ, trên 50% những người >75 tuổi bị nấm móng).

- Chủng tộc: người trưởng thành da đen có tần suất bệnh do vi nấm sợi tơ thấp. Nấm tóc thường gặp ở trẻ em da đen.

- Tác nhân gây bệnh:

- + Có 3 chủng vi nấm sợi tơ: *Trichophyton*, *Microsporum* và *Epidermophyton*. Trong số hơn 40 loài được phân lập có khoảng 10 loài thường gây bệnh ở người. *T.rubrum* là nguyên nhân gây nhiễm nấm da và nấm móng thường gặp nhất ở những nước công nghiệp. Hiện nay, 70% dân số Mỹ đã có ít nhất một lần nhiễm *T.rubrum* (thường là nấm bàn chân). Vùng Nam châu Á, các vùng xa của châu úc và phía Tây châu Phi là vùng dịch tễ của *T.rubrum*.

- + Tác nhân gây nấm tóc ở trẻ em thay đổi tùy theo vùng địa lý. Ở châu Âu và Bắc Mỹ, *T.tonsurans* là nguyên nhân gây bệnh thường gặp. Trên người Mỹ trưởng thành, *T.rubrum* là nguyên nhân gây viêm nang lông do nấm thường gặp nhất.

- Đường lây truyền bệnh:

- + Nhiễm vi nấm sợi tơ có thể mắc phải từ 3 nguồn: từ người sang người (thường gặp nhất), từ thú vật và từ đất (hiếm gặp hơn).

- Các yếu tố thuận lợi: thể tạng dễ nhiễm *T.rubrum*, bệnh nhân suy giảm miễn dịch, sử dụng các thuốc thoa ức chế miễn dịch trong thời gian dài (như glucocorticoids). Ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch, áp xe và u hạt do nấm có thể xảy ra (u hạt Majocchi)

3. Phân loại

- Phân loại theo vị trí bị nhiễm nấm:

- + Nhiễm nấm ở da trơn: nấm mặt, nấm thân, nấm bẹn, nấm chân, nấm bàn tay.

- + Nhiễm nấm ở lông và nang lông: viêm nang lông do nấm, nấm râu, nấm tóc, u hạt Majocchi.

- + Nhiễm nấm ở móng.



4. Lâm sàng

– Biểu hiện lâm sàng của bệnh do vi nấm sợi tơ thay đổi tùy theo cấu trúc mô học của vị trí nhiễm nấm.

– Tổn thương điển hình của nhiễm vi nấm sợi tơ vùng da trơn là sẩn, mảng hồng ban giới hạn rõ, bề mặt hồng ban có mụn nước tập trung chủ yếu ở ngoài rìa. Tổn thương thường lan rộng ngoài rìa với trung tâm lành (diễn tiến ly tâm).

5. Cận lâm sàng

5.1. Đèn Wood

– Trong phòng tối, đèn Wood có thể dùng để phát hiện những tổn thương giảm sắc tố hoặc một số bệnh nấm da đặc biệt là nấm da đầu.

– Sợi tóc nhiễm nấm phát huỳnh quang xanh lá hay xanh da trời (tùy theo loại vi nấm phát nội hay phát ngoại)

- Nấm thân do vi nấm sợi tơ không phát huỳnh quang
- Dát trong bệnh lang ben phát huỳnh quang màu vàng
- Erythrasma có thể phát huỳnh quang màu vàng xanh.

5.2. Soi tươi với KOH

– Dễ thực hiện, cho kết quả nhanh

– Thực hiện: cạo vẩy tại rìa tổn thương đang tiến triển, chọc lấy dịch mụn nước hoặc bóng nước chưa vỡ phết lên lam để tìm sợi tơ nấm và bào tử đính. Ở da đầu, nhổ nguyên sợi tóc nghi bị nhiễm nấm. Nhỏ vài giọt dung dịch KOH 20% vào mẫu, đem đun nhẹ trên đèn cồn và giữ trong vòng 10-20 phút để cố định chất sừng.

5.3. Cấy nấm

– Ít sử dụng trên lâm sàng, thường chỉ dùng trong nghiên cứu hoặc cần định danh vi nấm.

6. Điều trị

Nguyên tắc điều trị:

- Chẩn đoán sớm và điều trị đúng phác đồ.
- Tránh sử dụng thuốc bôi bừa bãi.
- Điều trị người tiếp xúc.

- Loại bỏ yếu tố thuận lợi.
- Diệt nguồn lây.

7. Các loại thuốc kháng nấm hiện có trên thị trường

Thuốc bôi	
Họ thuốc	Tên khoa học
Imidazol	Tioconazol
	Clotrimazol
	Miconazol
	Ketoconazol
	Econazol
	Oxiconazol
Alkylamin	Sulconazol
	Terbinafin
	Naftifin
Naphthionates	Tolnaftat
Substituted pyridon	Ciclopiroxalamin
Các thuốc kháng nấm khác	BSI
	ASA
	Castellani (mỡ)
	Whitfield
Thuốc uống	
Họ thuốc	Tên khoa học
Imidazol	Ketoconazol
Triazol	Fluconazol
	Itraconazol
Alkylamin	Terbinafin
Nhóm khác	Griseofulvin

8. Chọn lựa thuốc sử dụng

- Thuốc bôi:

Cách sử dụng thuốc bôi:

Thuốc	Số lần bôi	Bàn luận
Tioconazol	2 lần / ngày	Thuốc sử dụng tương đối tốt Không màu, không gây phản ứng phụ như tróc da Dễ gây kích ứng da
Ketoconazol	1 lần / ngày	



Terbinafine	2 lần / ngày	Như trên
Naphthionat	2 lần / ngày	Ít gây kích ứng da
Pyridon khác	2 lần / ngày	Có tác dụng cao Tác dụng phụ nhiều nhất: tróc da, bong vảy, dễ gây phản ứng phụ chậm tiếp xúc ở vùng da non (biu...) Có màu để lại trên da lâu ngày Kinh tế, sản xuất dễ dàng trong nước.

Thời gian sử dụng thuốc thoa thường là 4 tuần trong đó thuốc được duy trì ít nhất là 1 tuần sau khi đã sạch tổn thương.

– Thuốc uống:

Cách sử dụng thuốc uống

Thuốc	Số lần bôi	Bàn luận
Ketoconazol	1 viên x 2 lần / ngày x 7 ngày 1 viên / ngày x 21 ngày	Hiệu quả cao Thời gian sử dụng kéo dài Dễ có giao thoa thuốc Gây độc gan
Itraconazol	1 viên x 2 lần / ngày x 7 ngày	Thời gian sử dụng ngắn Ít tác dụng phụ như ketoconazol Đắt tiền Dễ có giao thoa thuốc
Fluconazol	1 viên / tuần x 3 tuần	Số lần sử dụng thuốc ít, 1 tuần 1 lần Dễ quên Ít tác dụng phụ Ít giao thoa thuốc Đắt tiền
Griseoflavin	2 viên / ngày x 14- 21 ngày	Thời gian sử dụng kéo dài Kinh tế → có thể áp dụng tại Việt Nam Tác dụng phụ có thể chấp nhận
Terbinafin	1 viên / ngày x 7-14 ngày	Ít được dùng tại Việt Nam
Các dạng lâm sàng của nhiễm vi nấm sợi tơ:		

III. NHIỄM NẤM VÙNG DA TRƠN

1. Nấm bẹn

1.1. Đại cương

– Nấm bẹn là tình trạng nhiễm vi nấm sợi tơ bán cấp hoặc mạn tính ở vùng bẹn, mu và đùi.



- Tuổi khởi bệnh: thường gặp ở người lớn
- Giới tính: nam > nữ
- Tác nhân gây bệnh thường là *T. rubrum*, *T. mentagrophytes*.
- Yếu tố thuận lợi: môi trường nóng, ẩm; mặt quần áo chật; béo phì, thoa tại chỗ glucocorticoid trong thời gian dài.

1.2. Lâm sàng

- Ngứa là triệu chứng thường gặp. Đau có thể gặp khi tổn thương bị mụn hóa
- Tổn thương đặc trưng với mảng hồng ban có sẩn - mụn nước, giới hạn rõ. Sẩn - mụn nước thường tập trung nhiều ở ngoài rìa. Hiếm khi thấy có mụn mủ ở ngoài rìa (khác với nhiễm nấm *Candida* thường có rất nhiều tổn thương vệ tinh).
- Đa số nấm bẹn có vị trí hai bên bẹn nhưng thường không đối xứng. Thường tự lây lan do vị trí cơ thể học của vùng bẹn - sinh dục và vùng đùi trên. Vùng đùi trái kề cận bìu thường bị đầu tiên. Bìu có thể hoàn toàn bình thường hoặc bị tổn thương rất ít (khác với nấm *Candida* thường có tổn thương ở bìu và dương vật)
- *E. floccosum* thường gây bệnh từ từ. Tổn thương diễn tiến ly tâm. Thỉnh thoảng lan lên vùng đùi - sinh dục và phần đùi trên.
- *T. rubrum* thường phát triển nhanh và lan rộng ra vùng da kề cận vùng xương mu, vùng bụng dưới, mông và tầng sinh môn.

1.3. Biến chứng

- Chàm hóa, bội nhiễm, viêm da tiếp xúc.

1.4. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định: cạo tìm nấm trực tiếp ở rìa tổn thương → hình ảnh sợi tơ nấm có vách ngăn.
- Chẩn đoán phân biệt: erythrasma, vẩy nến, nấm da do *Candida*.

1.5. Điều trị

- Thuốc kháng nấm thoa tại chỗ đối với trường hợp sang thương ít, khu trú.
- Thuốc kháng nấm toàn thân nếu tái phát, biểu hiện kèm viêm nang lông do nấm hoặc tổn thương không đáp ứng dù đã điều trị thuốc thoa đúng cách.



2. Nấm mặt

2.1. Đại cương

- Nấm mặt được đặc trưng bởi mảng hồng ban giới hạn rõ ở vùng mặt và thường bị chẩn đoán lầm với một số bệnh da khác.
- Tuổi khởi bệnh: thường gặp ở trẻ em
- Tác nhân gây bệnh: *T. mentagrophytes*, *T. rubrum*, *T. audouinii*, *M. canis*.

2.2. Lâm sàng

- Tổn thương là mảng hồng ban giới hạn rõ, rìa nhô cao và trung tâm lõm xuống. Ngoài rìa có thể có mụn nước hoặc vảy nhẹ. Thường ít đối xứng
- Vị trí thường gặp ở gò má, trước vành tai có khi lan xuống cổ.

2.3. Chẩn đoán phân biệt: viêm da tiết bã, chàm tiếp xúc, lupus đỏ, nhạy cảm ánh sáng...

2.4. Điều trị: tương tự nấm bẹn

3. Nấm thân

3.1. Đại cương

- Nấm thân là tình trạng nhiễm nấm ở thân người, cổ, cánh tay và chân ngoại trừ bàn tay, bàn chân và vùng bẹn.
- Tuổi khởi bệnh: mọi lứa tuổi
- Tác nhân: *T. rubrum* thường gặp nhất
- Đường lan truyền: tự lây nhiễm từ những vùng khác của cơ thể như bàn chân, da đầu, tiếp xúc với thú vật hay đất có chứa mầm bệnh.
- Vùng dịch tễ: thường ở vùng nhiệt đới và cận nhiệt đới

3.2. Lâm sàng

- Giống nấm bẹn
- Vị trí ở vùng da trơn, không có lông tóc rậm

3.3. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định: cạo tìm nấm trực tiếp tại rìa sang thương thấy hình ảnh sợi tơ nấm có vách ngăn.
- Chẩn đoán phân biệt: vẩy nến, vẩy phấn hồng, chàm tiếp xúc, viêm da mủ, lupus đỏ bán cấp, u hạt vòng.

3.4. Điều trị: tương tự nấm bẹn

4. Nấm bàn chân

4.1. Đại cương

– Nấm bàn chân được đặc trưng bởi hồng ban, tróc vảy hoặc da mụn trắng và hoặc có sự hình thành bóng nước. Trong hầu hết các trường hợp nhiễm nấm nông, bệnh thường khởi đầu ở bàn chân và lan rộng ra những vùng nếp, kẽ (nấm bẹn), thân mình và bàn tay. Nhiễm trùng phối hợp tụ cầu hoặc liên cầu có thể xảy ra khu trú hoặc lan rộng (viêm mô tế bào, viêm mạch bạch huyết).

- Tuổi khởi bệnh: thường ở trẻ lớn hoặc người trẻ, thường tuổi từ 20-50
- Giới tính: nam > nữ
- Yếu tố thuận lợi: thời tiết nóng, ẩm, mang giày kín, đổ mồ hôi nhiều khi tập luyện
- Đường lây truyền: đi chân đất trên nền nhà có vi nấm gây bệnh
- Tác nhân: thường do *Trichophyton*, *Microsporum*.

4.2. Lâm sàng

4.2.1. Dạng đồng tiền: dạng cổ điển

– Tổn thương như đã mô tả ở trên. Vị trí thường gặp của dạng này ở lòng bàn chân và ngón chân.

4.2.2. Dạng kẽ

– Do tính chất khép kín của các ngón chân, ít cử động tạo thành môi trường ẩm ướt rất thuận lợi cho việc nhiễm nấm. Vị trí kẽ ngón 4-5 thường gặp nhất nhưng cũng có thể gặp ở những kẽ ngón khác.

– Da kẽ ngón bị nhiễm nấm trở nên khô, có vảy, nứt hoặc trắng mụn và ướt sưng. Da khô và có vảy thường không bị nhiễm trùng. Da mụn thường là hình ảnh của nhiễm trùng phối hợp giữa nấm và vi trùng thường.

– Vi nấm cạnh đầu tiên gây tổn thương lớp sừng và sản xuất ra một số kháng sinh gây nên một chủng vi khuẩn kháng thuốc. Tần suất mắc tụ cầu vàng, tụ cầu trắng và *Micrococcus sedentarius* gia tăng.

– Có thể lan ra khỏi vùng kẽ ngón đến mặt lòng hoặc lưng bàn chân gây nên dạng cổ điển (dạng đồng tiền, diễn tiến ly tâm với mụn nước ngoài rìa). Lúc này tìm nấm ở da vùng kẽ rất khó gặp

– Dạng vảy mạn tính ở lòng bàn chân: tăng sừng lòng bàn chân hoặc dạng khảm là đặc trưng của dạng nhiễm nấm Dermatophytes mạn tính và thường đề kháng với điều trị.



- Toàn bộ lòng bàn chân bao phủ vảy trắng mỏng, da màu hồng và có thể ngứa. Bàn tay cũng có thể bị nhiễm cùng lúc. ít khi cả hai tay và hai chân bị cùng một lần. Có thể gặp hai tay và một chân hay hai chân và một tay.

- *Trichophyton rubrum* thường gặp nhất. *T. rubrum* có thể sản xuất ra một chất làm giảm đáp ứng miễn dịch và ngăn chặn tái tạo lớp sừng nên thường khó điều trị khỏi hẳn.

4.2.3. Dạng mụn nước cấp tính

- Thường gặp ở những người mang vớ kín.

- Nhiễm cấp tính thường đa số xuất phát từ một nhiễm trùng mạn tính ở kẽ ngón có sẵn. Mụn nước ngày càng nhiều ở lòng và lưng bàn chân. Những mụn nước này có thể trở thành bóng nước hoặc túi dịch trong lớp sừng lòng bàn chân và không bao giờ vỡ tự nhiên. Nhiễm trùng thứ phát thường gặp sau khi bóng nước bị vỡ. Khó tìm thấy nấm ở vùng đang bị viêm.

- Có thể có nhiễm nấm ở những vị trí khác như cánh tay và mặt bên ngón tay dưới dạng hồng ban mụn nước. Các mụn nước này thường là do đáp ứng dị ứng đối với nhiễm nấm được gọi là ban Dermatophyte (dermatophytid) và sẽ biến mất sau khi điều trị khỏi nấm. Trong một số trường hợp, ban Dermatophyte có thể chỉ là biểu hiện đơn thuần nhưng khi khám kỹ thì thấy ở kẽ ngón có vết nứt hoặc mụn không có triệu chứng.

4.3. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định: cạo tìm nấm tại tổn thương.

- Chẩn đoán phân biệt: vẩy nến, chàm, Candida, chàm tiếp xúc.

4.4. Điều trị

4.4.1. Dạng kẽ ngón: rất khó điều trị

- Cần giữ khô, thông khí tốt giữa các kẽ ngón

- Điều trị phối hợp kháng sinh nếu sang thương rất mủn

- Thường điều trị bằng thuốc chống nấm tại chỗ và thoa nhẹ để hoạt chất chính dễ thâm nhập qua da

- Thời gian điều trị trung bình 2-8 tuần

- Dự phòng rất quan trọng: thoa bột chống nấm trong vớ, giày, trên tấm chà chân ở bồn tắm, rửa nước Javen những tay cầm vòi sen, điều trị các thành viên trong gia đình bị nhiễm nấm. trong trường hợp tái phát nhiều lần (thường ở vận động viên), cần chăm sóc bàn chân, đồng thời thoa thuốc nấm mỗi ngày trong thời gian dài.

4.4.2. Dạng mụn nước - bóng nước

- Kháng khuẩn + nitrat bạc
- Thuốc chống nấm thoa: dùng dạng cream, gel, bột. Thoa 1-2 lần / ngày, tùy loại thuốc chống nấm trong thời gian 2-4 tuần.
- Cần điều trị thêm Griseofulvin để loại bỏ phản ứng viêm nhanh hơn và chống tái phát.
- Dự phòng như dạng kê ngón.

4.4.3. Dạng tăng sừng

- Tiêu sừng: dùng chất tiêu sừng cần thiết trong thời gian điều trị
- Thuốc chống nấm tại chỗ dạng cream hay pomade
- Cần điều trị thuốc chống nấm hệ thống. Thời gian dùng thuốc tùy theo sự tái tạo lớp sừng của lòng bàn tay - lòng bàn chân. Thường từ 2-3 tháng nếu không có nấm móng đi kèm.

5. Nấm bàn tay

5.1. Đại cương

- Nấm bàn tay là tình trạng nhiễm nấm Dermatophyte mạn tính ở bàn tay, thường ở một bên nhất là ở phía tay hay làm việc và thường kết hợp với nhiễm nấm ở bàn chân.

5.2. Lâm sàng

- Hình ảnh lâm sàng của nấm ở lưng bàn tay như nấm thân
- Hình ảnh lâm sàng của nấm ở lòng bàn tay: da khô, lan tỏa giống dạng tăng sừng ở lòng bàn chân. Dạng tăng sừng khô này thường không có triệu chứng, có thể bội nhiễm gây khó khăn khi làm việc

5.3. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định: hình ảnh lâm sàng và soi tươi hoặc cấy
- Chẩn đoán phân biệt: chàm thể tạng, chàm tiếp xúc, vẩy nến lòng bàn tay, vẩy phấn đỏ nang lông.
- Nấm lòng bàn tay thường phối hợp với nấm bàn chân. Thường là hai tay một chân hay hai chân một tay.
- Nấm móng thường hay phối hợp.

5.4. Điều trị

- Giống như điều trị nấm ở lòng hay lưng bàn chân
- Bệnh dễ tái phát, nhất là ở mặt lòng bàn tay.

IV. NHIỄM NẤM VÙNG LÔNG - NANG LÔNG

1. Nấm tóc

1.1. Đại cương

- Tuổi khởi bệnh: thường gặp nhất ở độ tuổi 6-10 tuổi, ít gặp hơn sau 16 tuổi
- Chung tộc: thường gặp ở người da đen hơn da trắng
- Tác nhân: thay đổi ở từng quốc gia và từng vùng địa lý. Bệnh có thể gây thành dịch ở trường học hoặc ở những vùng dân cư đông đúc. Ở Mỹ và Tây Âu 90% các trường hợp nấm tóc do *T. tonsurans*, *M. canis* ít gặp hơn. Trước đây, phần lớn các trường hợp nấm tóc do *M. audouinii* gây ra, *M. gypseum*, *T. mentagrophytes*, *T. rubrum* ít gặp hơn.
- Đường lan truyền: từ người sang người, từ thú vật sang người. Bào tử nấm có thể được thấy ở người hay thú vật lành mang mầm bệnh
- Yếu tố thuận lợi: bệnh mạn tính, suy dinh dưỡng, tàn tật.

1.2. Lâm sàng

Có bốn dạng nấm tóc da đầu:

- Dạng tiết bã: có hình ảnh giống gàu ở da đầu, thường gặp ở người trẻ dậy thì
- Dạng chấm đen: tóc gãy sát da đầu và có những chấm đen trong vùng rụng tóc. Ở Mỹ, dạng này thường nguyên phát và có thể phối hợp với nhiễm *T. tonsurans*. Mảng rụng tóc tròn nhỏ, giới hạn không rõ, số lượng nhiều (>6 mảng), phủ vảy màu trắng đục. Trong mảng rụng tóc xen kẽ tóc bệnh lẫn tóc lành, tóc bị xén ngắn còn 1-2mm. Có cái bị xén cụt giống như một điểm đen. Tóc bệnh thường cong queo có hình chữ Z, S. Lành không để lại sẹo.
- Dạng Kérion: là dạng nhiễm nấm gây viêm, có thể phối hợp với viêm nang lông do vi trùng hoặc áp xe da đầu. Da đầu sưng tấy, đỏ, đóng mủ. Cạo vảy ở mỗi lỗ chân lông đều có ổ mủ, mủ từ các nang lông trào ra giống như mật ong từ các lỗ của tầng ong. Lành không để lại sẹo.
- Dạng favus: là dạng hiếm gặp. Tổn thương là những chấm bé tí xíu, màu vàng đỏ, phát triển thành những vảy màu vàng lưu huỳnh có hình đĩa lõm, có mùi hôi như chuột chết gọi là ngiên favus. Có thể lan khắp da đầu gây hói đầu.

1.3. Chẩn đoán phân biệt

Viêm nhiều: viêm da mủ

Không viêm: tât ưa nhỏ tóc, lupus đỏ dạng đĩa, viêm da tiết bã, vẩy nến.

1.4. Điều trị

- Phối hợp thuốc kháng nấm tại chỗ dưới dạng cream, sữa hoặc dung dịch với thuốc kháng nấm đường toàn thân.
- Griseofulvin là thuốc uống được lựa chọn đầu tiên. Ketoconazol được sử dụng thay thế nếu không dung nạp với Griseofulvin.
- Thời gian điều trị là 6 tuần. Ngưng thuốc sau khi khỏi bệnh về lâm sàng và vi nấm học.
- Đối với nấm da đầu do *microsporum* phải cắt tóc ngắn còn 1 cm trong 3 tuần đầu điều trị. Trường hợp kerion phải cắt tóc rộng
- Đối với mào do vi nấm phát nội phải thoa thêm chất tiêu sừng.

2. Nấm râu

2.1. Đại cương

- Nấm râu là tình trạng nhiễm nấm ở vùng mép và cằm, gần tương tự như nấm tóc, có sự xâm nhiễm vào nang lông.
- Tuổi khởi bệnh: người lớn
- Giới tính: chỉ ở nam
- Tác nhân: *T. verrucosum*, *T. mentagrophytes* thường gặp nhất. *T. rubrum* hiếm gặp hơn. Bệnh có thể mắc phải do tiếp xúc với thú vật có chứa mầm bệnh.
- Yếu tố thuận lợi: thường gặp ở nông dân

2.2. Lâm sàng

- Nấm râu là phản ứng viêm do nấm xảy ra ở vùng râu. Viêm nang lông do nhiễm vi trùng và viêm thứ phát ở lông (giả viêm nang lông thường gặp)
- Nhiễm trùng do nấm thường dễ bội nhiễm và dễ rụng
- Có hai hình ảnh lâm sàng:
 - + Nhiễm trùng nông:
Dạng tổn thương giống nấm thân
 - + Nhiễm trùng sâu:

Hình ảnh giống viêm nang lông do vi trùng và thường chỉ khu trú ở vùng râu, dễ lan rộng sau khi cạo râu. Bắt đầu thường là những nhóm mụn mủ ở râu sau đó sưng phồng, gom lại và có thể lan tỏa nhiều vị trí.

Một số trường hợp có thể gây áp xe giả u với bề mặt đóng mài dày giống như tầng mật ong ở da đầu.

2.3. Điều trị

- Giống nấm tóc
- Thuốc uống thường dùng nhiều hơn vì thuốc thoa thường không thấm sâu vào lỗ nang lông được.T

V. MỘT SỐ DẠNG LÂM SÀNG KHÁC

1. Bệnh vẩy rồng

1.1. Nguyên nhân

- Do *Trichophyton concentricum*

1.2. Lâm sàng

- Da có vẩy màu trắng vàng hay trắng xám, tạo thành một viền vẩy rộng 1-2mm. Bờ trong tróc lên, các viền vẩy này vẽ thành những vòng cung, vòng tròn đồng tâm giống vẩy rồng.
- Ở nước ta, vùng Tây Nguyên có nội dịch.

1.3. Điều trị

- Thuốc bôi ít hiệu quả do độ phải uống *Griseofulvin*

2. Ban nấm

2.1. Đại cương

- Là tổn thương da ngoài vị trí nhiễm nấm, không có hình ảnh lâm sàng giống vùng nhiễm nấm, không tìm thấy vi nấm tại tổn thương và tổn thương biến mất khi điều trị lành nơi nhiễm nấm.

- Thường gặp ở một số loại vi nấm sợi tơ gây tổn thương rất viêm. Thường gặp nhất là *T.mentagrophytes*

- Cơ chế thực sự gây bệnh còn bàn cãi

2.2. Lâm sàng có hai loại phát ban thường gặp của ban nấm:

- Chàm nang lông: vị trí thường gặp ở thân mình hoặc chi dưới dạng những mảng mày đay giới hạn rõ, có màu hồng hoặc giảm sắc tố khảm những sang thương dạng phấn ở lỗ chân lông. Ban chàm này thường phối hợp với nấm da đầu rất viêm hoặc nang mủ.

- Tổ đĩa lòng bàn tay: phối hợp với nấm hai bàn chân.
- + Một số trường hợp hiếm gặp hơn: hồng ban nút, hồng ban vòng lý tâm, hồng ban đa dạng và mày đay.

3. Nấm da ở người thoa corticoid

- Thoa corticoid một cách mù quáng trên tổn thương nấm có hồng ban và ngứa dễ đưa đến di chứng giảm phản ứng viêm và giảm sức đề kháng của vật chủ đối với nấm. Những sai lầm này thường gặp và đặc trưng ở vùng nách, bẹn và bàn tay.

- Khi bắt đầu thoa thường các triệu chứng sẽ thay đổi rõ rệt do tác dụng chống viêm của corticoid. Từ từ các sang thương nấm lan tỏa và có tình trạng phụ thuộc corticoid. Sự lan tỏa nấm có thể trên bề mặt (diện tích) hoặc theo độ sâu (tại các u hạt ở bì). Nếu ngừng thoa sẽ có phát ban trở lại nhiều hơn và từ từ lan tỏa.

Lâm sàng

- Hình ảnh vẩy ở rìa tổn thương có thể biến mất. Hồng ban lan tỏa, bờ không rõ với mụn mủ hoặc sần ngoài rìa. Có tổn thương vệ tinh. Số lượng tổn thương có thể rất nhiều.

4. Bệnh dermatophytes

4.1. Đại cương

- Tác nhân gây bệnh có thể là: *T. rubrum*, *T. scholeinii*, *T. violaceum*, *T. verrucosum*, *T. mentoglyphes* và *T. tonsurans*.

- Ở một bệnh nhân có cơ địa di truyền đặc biệt, những tổn thương do vi nấm cận Dermatophytes ở da đầu và rất hiếm ở thân mình có thể diễn tiến mạn tính và đưa đến những tổn thương cục sâu.

4.2. Lâm sàng

- Biểu hiện lâm sàng là cục sâu. Những cục này thường có đường kính khoảng vài mm đến vài cm, tạo thành một vùng nhô cao, thường tự mềm và đôi khi loét, hoại tử hoặc tạo lỗ dò. Hạch bẹn vùng rất thường gặp.

- Sự lan tỏa vào nội tạng (gan, lách, não, xương) làm nặng hơn về tiên lượng và diễn tiến đến tử vong trong đa số trường hợp.

4.3. Điều trị

- Không có thuốc kháng nấm nào thực sự có tác dụng điều trị khi bệnh.

Ketoconazol 200mg x 2 lần/ ngày, itraconazol 200-400mg /ngày và terbinafin 250-500mg/ ngày có tác dụng tạm thời.

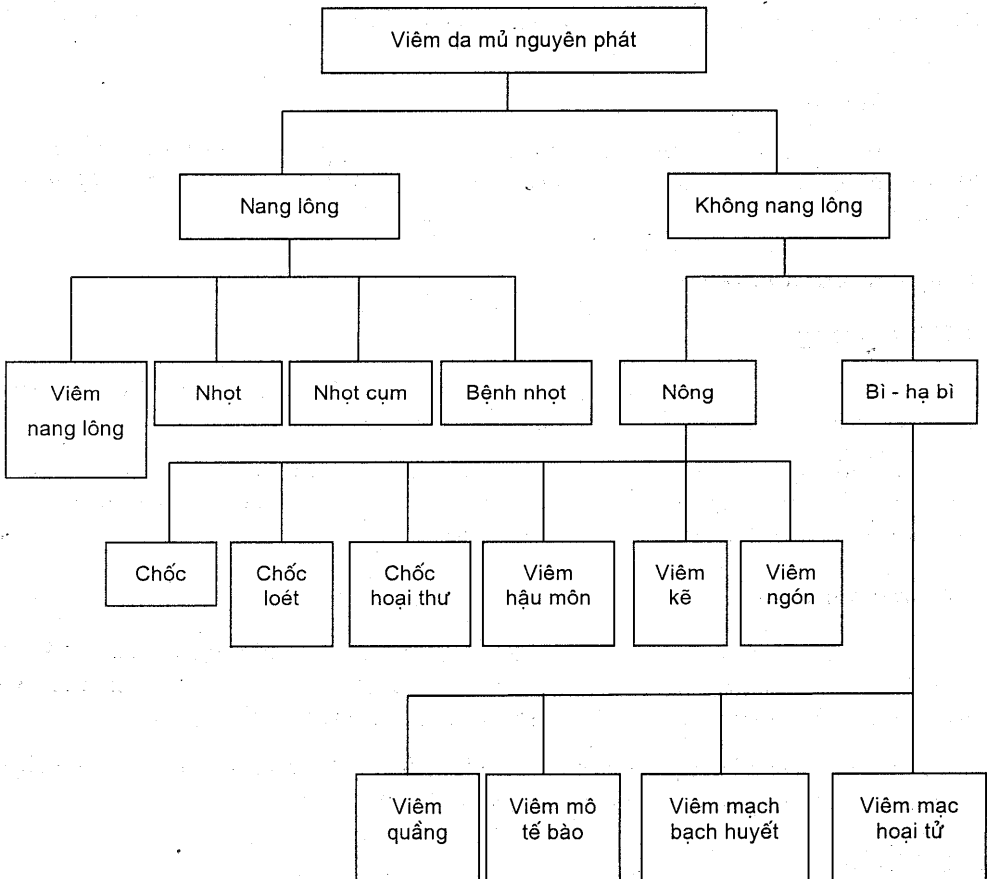


VIÊM DA MỦ

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng da do vi khuẩn sinh mủ có thể nguyên phát (viêm da mủ nguyên phát) hay thứ phát (sau bệnh da có sẵn, sau chấn thương...). Tác nhân gây bệnh có thể là vi trùng thường trú, vi trùng tạm trú hay vi trùng cơ hội gây nên. Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, bệnh có thể đưa đến nhiễm trùng huyết và đe dọa tính mạng người bệnh.

II. PHÂN LOẠI VIÊM DA MỦ NGUYÊN PHÁT



Trong phạm vi giới thiệu cho các bác sĩ gia đình, chúng tôi chỉ đề cập đến những bệnh lý thường gặp trong thực hành lâm sàng như viêm nang lông, nhọt- nhọt cụm, chốc- chốc loét, viêm quầng - viêm mô tế bào.

1. Viêm nang lông

Phân loại viêm nang lông:

Bệnh	Tổn thương da đặc trưng	Vị trí	Vi khuẩn thường gặp	Điều trị
Viêm nang lông nông	Mụn mủ nhỏ, hình vòm ở nang lông	Trẻ con: da đầu Người lớn: da đầu, lưng và chi	<i>S.aureus</i>	Erythromycin 2% thoa
Viêm nang lông do vi trùng gram âm	Mụn mủ nông	Giữa mắt, vùng quanh mũi	Enterobacter Klebsiella	Nhẹ: kháng sinh tại chỗ
Viêm nang lông sâu do vi trùng gram âm	Cục sâu, di động	Giữa mắt, vùng quanh mũi	Proteus	Nặng: kháng sinh hệ thống
Viêm nang lông do <i>Pseudomonas</i>	Sẩn hồng ban tại nang lông có mụn mủ trên đỉnh	Mông, nách, mặt bên thân	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	

- Viêm nang lông nông (chốc của Bockhat)

- + Là một viêm nang lông với mụn mủ ở nang lông
- + Tổn thương da là mụn mủ hình vòm, màu vàng nhạt, dễ vỡ nổi thành từng đợt và tự lành sau vài ngày. Vị trí thường gặp ở da đầu và chi mặc dù có thể gặp ở mặt, nhất là quanh móng

+ Điều trị:

- Tại chỗ: thoa kháng sinh tại chỗ như Mupirocin, Bacitracine
- Toàn thân:

Cloxacillin 500mg 4-6 lần / ngày hoặc

Erythromycin 250-500 mg 4lần/ngày.

- Viêm nang lông do vi trùng Gram âm:

- + Thường có hai dạng: mụn mủ nông quanh mũi và dạng cục hay nang ở sâu

+ Thường xảy ra trên bệnh nhân sử dụng kháng sinh kéo dài trong điều trị mụn trứng cá.

- + Dạng thông thường do Enterobacter hoặc Klebsiella, dạng sâu do proteus

+ Điều trị:

- Dạng nông: kháng sinh tại chỗ
- Dạng sâu: kháng sinh toàn thân như ampicillin - Clavulanat, Trimethoprim- Sulfamethoxazole hoặc ciprofloxacin. Trường hợp nặng, chỉ định Isotretinoin.

- Hướng xử trí trước một viêm nang lông:

+ Loại bỏ yếu tố thuận lợi:

Loại bỏ đồ mồ hôi, mụn hóa, chấn thương tại chỗ (không gãi, không mặc quần áo quá chật, thay đổi cách cạo râu...)

Điều trị bệnh phối hợp (đái tháo đường, giảm miễn dịch...)

+ Vệ sinh:

Vệ sinh đúng cách để dự phòng tổn thương lan tỏa và tồn lưu.

Vệ sinh vùng thương tổn cũng như bên trong với dung dịch sát trùng

Nếu tổn thương ở vùng râu thì phải thay dao cạo và cách cạo râu

+ Hạn chế nặn tổn thương:

- Không được nặn các mụn mủ

- Tổn thương hở chỉ được lấy ra với kim vô trùng hoặc dụng cụ chuyên dùng

- Cắt ngắn lông vùng tổn thương bằng kéo vô trùng

- Chỉ gỡ mòi sau khi đã làm mềm bằng cách đắp ướt dung dịch sát trùng hoặc mỡ kháng sinh.

* Áp dụng:

- Tổn thương ít và nông:

+ Thoa thuốc diệt khuẩn hoặc kháng sinh tại chỗ

+ Chọn kháng sinh tùy theo cơ địa kinh tế và nhất là tác nhân gây bệnh

- Tổn thương nhiều, lan tỏa hoặc rất đau:

+ Cần phối hợp điều trị tại chỗ và toàn thân

+ Phải rạch bỏ nếu tổn thương sâu, đau và kéo dài

- Điều trị viêm nang râu:

+ Săn sóc tại chỗ: cắt ngắn râu bằng kéo, vệ sinh với thuốc sát trùng

+ Kháng sinh toàn thân thích hợp

+ Điều trị đường vào mũi để loại trừ tái phát.

2. Nhọt – Nhọt cụm

Nhọt là nốt hoặc áp xe ở sâu với các tính chất sưng nóng đỏ đau cấp tính tiến triển từ viêm nang lông do tụ cầu. Nhọt cụm là là tình trạng nhiễm trùng ở sâu do nhiều áp xe hòa lại với nhau thường hình thành từ vài nang lông bị nhiễm trùng.

Tuổi khởi bệnh: trẻ em và người trẻ

Giới: thường gặp ở trẻ nam

- Tác nhân gây bệnh:

+ Thường do *Staphylococcus aureus* nhạy cảm với methicillin (MSSA) tuy nhiên nhiễm trùng do *Staphylococcus aureus* kháng methicillin ngày càng gia tăng. Da bị tổn thương do chà xát, cào gãi hoặc tăng tiết mồ hôi, viêm da, nhiễm nấm, là cửa ngõ cho việc xâm nhập của vi trùng.

+ Yếu tố thuận lợi: tình trạng mang *S.aureus* mạn tính (lỗ mũi, nách, đáy chậu, âm đạo), đái tháo đường, béo phì, vệ sinh kém, suy giảm miễn dịch bao gồm cả AIDS...

- Lâm sàng:

+ Nhọt: tổn thương da là cục cứng, đỏ, bốp đau, lớn nhanh, trở nên mềm và rất đau sau vài ngày. Sau đó cục xì mủ và một lõi chứa chất hoại tử. Vị trí thường gặp ở vùng có lông đặc biệt là vùng cạo sát hoặc ra mồ hôi nhiều như cổ, mặt, nách, mông.

+ Nhọt cụm: có tiến triển giống như nhọt nhưng viêm nặng hơn, lan rộng hơn, sâu hơn và do nhiều nhọt liên kết với nhau tạo thành. Có thể tạo đường rò bên dưới da. Vị trí ở gáy, lưng đùi. Bệnh nhân thường thay đổi tổng trạng: sốt, mệt mỏi và rất đau.

- Cận lâm sàng:

+ Tăng bạch cầu, chủ yếu là đa nhân trung tính, nhất là giai đoạn mưng mủ nhiều, chưa vỡ hoặc viêm mô tế bào xung quanh hoặc nhiễm khuẩn huyết.

- Diễn tiến và tiên lượng:

+ Vấn đề chính của nhọt và nhọt cụm là do nhiễm khuẩn huyết và tái phát.

+ Những tổn thương ở mặt, mũi dễ theo đường máu tới xoang tĩnh mạch hang đưa đến áp xe não, viêm nội tâm mạc cấp, viêm xương tủy xương, ổ di căn khác... Sự xâm nhập này có thể xảy ra bất cứ lúc nào và không thể tiên đoán trước được. Vì vậy việc nặn phá nhọt rất nguy hiểm và dễ làm vi trùng xâm nhập vào máu.

+ Nhọt tái phát thường liên quan đến mang *S.aureus* mạn tính ở xoang mũi, nếp gấp da, vùng đáy chậu.

- Điều trị:

Tìm nguyên nhân và yếu tố thuận lợi:

+ Yếu tố thuận lợi toàn thân: đái tháo đường, suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch bao gồm cả AIDS...

+ Yếu tố thuận lợi tại chỗ: tiếp xúc hóa chất, vệ sinh da kém, béo phì, tăng tiết mồ hôi, quần áo chật.

+ Nguồn lây: gia đình, tự tiêm nhiễm, chơi môn thể thao tiếp xúc (đấu vật)

+ Chăm sóc da toàn thân nhằm giảm lượng *S. aureus* thường trú trên da

+ Tắm rửa bằng xà phòng sát trùng.

+ Tránh chấn thương da, tránh sử dụng chất gây kích thích như xà phòng mạnh, chất khử mùi. Có thể dùng cetaphil nhằm tránh hiện tượng chàm hóa.

- Vệ sinh ăn mặc:

+ Mặc quần áo thoáng, nhẹ và không chật

+ Đồ dùng cá nhân giặt sạch bằng nước nóng

+ Biện pháp tổng quát:

+ Đối với những bệnh nhân khi đã áp dụng tất cả các biện pháp trên nhưng vẫn không có kết quả thì nên thay đổi khí hậu khô mát.

+ Những biện pháp nhằm loại bỏ mầm bệnh ở da và mũi:

+ Thoa trong mũi kháng sinh tại chỗ như Mupirocin hoặc Bacitracine trong 5 ngày có thể loại bỏ *S. aureus* khoảng 70% người khỏe mạnh trong 3 tháng.

+ Kháng sinh uống cũng có hiệu quả diệt *S. aureus* ở mũi trong 2 tuần. Thường dùng nhất là Rifamicin 600 mg/ngày x 7-10 ngày. Tuy nhiên điều này thường dễ đưa đến tình trạng kháng thuốc do đó nên sử dụng các thuốc khác như sulfamethoxazol, ciprofloxacin, minocyclin.

* Áp dụng:

- Tại chỗ:

+ Đắp ẩm

+ Đắp dung dịch sát trùng nhiều lần trong ngày với chlorhexidin, hexamidin hoặc dẫn xuất iode

+ Hoặc có thể thoa mỡ kháng sinh nhiều lần trong ngày sau khi đắp dung dịch sát trùng

- Toàn thân:

+ Kháng sinh toàn thân:

Cloxacillin 500-700mg x 4-6 lần / ngày hoặc

Psitnamycin 1g x 2-4 lần /ngày hoặc

Erythromycin 250-500 mg x 4 lần / ngày hoặc

Clindamycin 150-300 mg x 4 lần / ngày

Kháng sinh được duy trì cho đến khi toàn bộ tổn thương lành hết.

- Chỉ định:

+ Nhọt nhỏ, đơn thuần:

Săn sóc tại chỗ bằng dung dịch sát trùng liên tục trong 1 tuần, không cần sử dụng kháng sinh toàn thân và kháng sinh tại chỗ

Rạch và thoa kháng sinh tại chỗ thường ít sử dụng

- Chỉ định dùng kháng sinh toàn thân khi:

Nhiều tổn thương

Tổn thương lan tỏa và tái phát

Viêm mạch bạch huyết

Viêm mô tế bào

Cơ địa: dị ứng đường, bị vùng mặt, cam tẩu mã

+ Trường hợp nặng hoặc nhiễm ở vùng nguy hiểm:

Kháng sinh toàn thân đường tĩnh mạch với liều tối đa

Bệnh nhân nằm tại giường và bất động vùng tổn thương

Chú ý: rửa tay sạch sau khi tiếp xúc với tổn thương.

3. Chốc – chốc loét

3.1. Đại cương

Chốc là tình trạng nhiễm trùng nông ở lớp thượng bì da, tác nhân gây bệnh thường là *Staphylococcus aureus* và liên cầu tan huyết β nhóm A (*Streptococcus pyogenes*). Nhiễm trùng có thể lan đến lớp bì cho hình ảnh chốc loét trên lâm sàng. Chốc và chốc loét có thể là nhiễm trùng nguyên phát từ một chấn thương nhẹ trên da hoặc là nhiễm trùng thứ phát trên một bệnh da có sẵn (chốc hóa).

Tuổi khởi bệnh:

Nhiễm trùng nguyên phát thường gặp ở trẻ nhỏ. Nhiễm trùng thứ phát có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào.

Tác nhân gây bệnh: *S.aureus* thường gặp nhất, nhiễm *S.pyogenes* hoặc nhiễm trùng phối hợp *S.aureus* và *S.pyogenes* thường xảy ra.



Yếu tố thuận lợi:

Nhiễm trùng nguyên phát thường xảy ra sau một chấn thương da nhỏ như vết trầy xước, vết cào gãi, vết cắn côn trùng. Vệ sinh da kém cũng là một yếu tố thuận lợi gây bệnh.

3.2. Lâm sàng

– Chốc: mụn nước, mụn mủ nông nhanh chóng vỡ để lại vết trợt, đóng mài, kích thước khoảng 1-3 cm. Mài vàng mật ong rất thường gặp trong chốc nhưng không phải là dấu hiệu đặc trưng cho bệnh. Tổn thương vệ tinh có thể hiện diện do hiện tượng tự tiêm nhiễm.

– Chốc loét: Tổn thương da là mụn nước hay mụn mủ trên nền hồng ban và có vùng viêm bao quanh. Mụn nước lớn nhanh, kích thước khoảng 0,5- 3 mm sau vài ngày và đóng mài. Tổn thương trở nên loét nông, bờ cứng, nhô cao, có màu tím và đáy rất dơ với nhiều mủ và màu xám. Tổn thương lành chậm, cần điều trị kháng sinh trong vài tuần. Lành để lại sẹo tuy nhiên hiếm khi gây hoại thư. Vị trí thường gặp ở đầu gối, lưng bàn chân, đùi và mông.

– Ngoài tổn thương da, viêm hạch bạch huyết hoặc hạch vùng có thể được tìm thấy.

3.3. Chẩn đoán phân biệt

– Với vết trợt có thể mài/vảy: phân biệt với vết trầy xước, viêm da quanh miệng, viêm da tiết bã, viêm da tiếp xúc dị ứng, nhiễm herpes simplex, ghẻ.

– Với vết loét có thể mài /vảy: loét do herpes mạn tính, vết đốt côn trùng trầy xước, bạch hầu da, loét do xơ vữa động mạch (chân).

3.4. Cận lâm sàng

– Nhuộm Gram: cầu khuẩn Gram dương xếp thành chuỗi hay thành nhóm nằm trong bạch cầu đa nhân.

– Cây: thường gặp *S. aureus* hay *S. pyogenes*.

– Chẩn đoán: dựa chủ yếu trên lâm sàng, nhuộm Gram và cấy giúp hỗ trợ chẩn đoán.

3.5. Diễn tiến - tiên lượng

– Không điều trị, tổn thương da có thể diễn tiến trong vài tuần và có thể tiến triển thành chốc loét. Tổn thương cũng có thể diễn tiến thành nhiễm trùng lan rộng như viêm hạch bạch huyết, viêm hạch nang mủ, viêm quầng, viêm mô tế bào, nhiễm khuẩn huyết.

- Biểu chứng khác của nhiễm liên cầu tan huyết β nhóm A gồm sốt tinh hồng nhiệt, vẩy nến giọt và viêm cầu thận cấp.
- Chốc loét có thể lành không để lại sẹo.
- Nhiễm S.aureus kháng methicillin (MRSA) thường có tỷ lệ tử vong cao hơn

3.6. Điều trị

Tại chỗ:

- Ưu điểm:
 - + Giá thành hạ
 - + Tác dụng cao hơn uống erythromycin trong chốc do Staphylococcus
- Nhược điểm:
 - + Không loại trừ triệt để chủng Streptococcus gây viêm vi cầu thận ở những vùng không điều trị cũng như những ổ nhiễm trùng ở họng và mũi
 - + Gây viêm da tiếp xúc (thường do tá dược)
 - + Thay đổi thẩm vi khuẩn ở da
- Thuốc:
 - + Thuốc chọn lựa là Mupirocin. Đây là kháng sinh tại chỗ có ưu điểm về cấu trúc (không gây nhạy cảm ánh sáng), cơ chế tác dụng (ức chế men isoleucyltransfer -ARN synthetase của vi trùng) và phổ tác dụng. Nếu dùng lâu dài hoặc trên diện rộng dễ gây đề kháng thuốc ở chủng Staphylococcus.

- Chỉ định:

Số lượng tổn thương ít (<7 tổn thương)

Không biến chứng

- Liều dùng:

Thường thoa 3 lần/ ngày trong 7- 10 ngày

Toàn thân:

- Lựa chọn hàng đầu:

Benzathine penicillin tiêm bắp

- + Trẻ em: 300. 000 -600 000 UI
- + Người lớn: 1.200. 000 UI
- + Hoặc uống 25. 000- 100. 000 UI/ ngày chia 4 lần / ngày trong 10 ngày
- Nếu dị ứng Penicillin: thì dùng



Erythromycin

+ Trẻ em: 30-50 mg/kg/ ngày chia 4 lần trong ngày trong 10 ngày

+ Người lớn: 250-500 mg x 4 lần / ngày x 10 ngày

Thuốc khác: cephalosporin, amoxicillin- clavulanat.

Áp dụng điều trị:

- Phải vệ sinh đúng cách, chủ yếu giáo dục cho trẻ em: rửa tay nhiều lần sau khi chơi, tiếp xúc đất cát, cắt ngắn móng tay, giặt và thay quần áo, khăn thường xuyên.

- Khám và điều trị đồng thời những thành viên trong gia đình (nhất là anh chị trẻ) hoặc bạn bè. Phải khám gia đình trong trường hợp chốc tái phát nhiều lần không giải thích được.

- Phải thử đạm niệu 3 tuần sau khi điều trị khỏi chốc.

- Không sử dụng corticoid thoa tại chỗ

4. Chốc bóng nước

4.1. Đại cương

- Tác nhân: 80% các trường hợp do nhiễm *Staphylococcus aureus* (type 71 và 55) tiết ra ngoại độc tố. Đây cũng là nguyên nhân gây hội chứng Lyell ở trẻ em do nhiễm trùng.

- Tuổi khởi phát: thường gặp ở trẻ em và người trẻ.

- Yếu tố thuận lợi: ẩm ướt, độ ẩm cao, bệnh da có sẵn (chàm), vệ sinh kém, đời sống thấp, vi chấn thương da, thoa corticoid

4.2. Lâm sàng

- Tổn thương da là mụn nước phát triển nhanh thành bóng nước trên nền da lành, dấu Nikolsky (-). Bóng nước lúc đầu chứa dịch vàng trong, sau trở nên vàng sậm và đục. Không có quầng hồng ban bao quanh. Vỡ để lại mài mỏng, màu nâu nhạt. Vị trí thường gặp ở thân mình, mặt, bàn tay, nếp kẽ.

4.3. Chẩn đoán: dựa vào lâm sàng, nhuộm Gram hoặc cấy.

4.4. Chẩn đoán phân biệt: viêm da tiếp xúc dị ứng, herpes, zona, Dühring.

4.5. Điều trị

Lựa chọn 1: oxacillin hoặc cùng nhóm

Trẻ sơ sinh: 50-100mg/kg/ ngày chia làm 4 lần x 5-7 ngày.

Trẻ còn bú: 100-200 mg/kg/ngày chia làm 4 lần x 5-7 ngày.

Người lớn: 500mg x 4 lần x 5-7 ngày.

Nếu có nhiễm thêm streptococcus thì điều trị trong 10 ngày

Dị ứng với Penicilline: sử dụng erythromycin

Trẻ em: 30-50 mg/kg/ ngày x 5-7 ngày.

Người lớn 250 mg x 4 lần / ngày x 5-7 ngày

Đối với một số trường hợp nhẹ có thể chỉ cần vệ sinh tại chỗ và dùng kháng sinh thoa (Mupiricin) cũng có kết quả tốt.

5. Viêm quầng

5.1. Đại cương

– Là một dạng viêm mô tế bào nông ở da thường kèm với tổn thương rõ ở mạch bạch huyết. Bệnh thường gây ra bởi liên cầu tan huyết β nhóm A. Streptococcus nhóm B thường gây viêm quầng ở trẻ sơ sinh. Hiếm hơn, bệnh có thể do S. aureus.

- Bệnh thường gặp ở trẻ nhũ nhi, trẻ nhỏ, người lớn trẻ
- Yếu tố thuận lợi: nghiện rượu, đái tháo đường, suy giảm miễn dịch và tắc nghẽn tĩnh mạch hoặc bạch huyết.
- Nguồn gốc của Streptococcus thường từ đường hô hấp, 1/3 bệnh nhân có nhiễm trùng hô hấp trước đó. Tuy nhiên khi hiện diện tổn thương da, cấy tìm Streptococcus ở mũi họng lại âm tính.

5.2. Lâm sàng

- Triệu chứng tổng quát: sốt cao, rét run, xảy ra đột ngột trước khi có tổn thương da và tổng trạng suy sụp.
- Tổn thương là mảng hồng ban phù nề, cứng và lan rộng ra ngoại biên. Tổn thương có màu đỏ tươi, nóng, bóng láng với bờ nhô cao đặc trưng, giới hạn rất rõ và rất đau. Những trường hợp nặng có thể có mụn nước đôi khi bóng nước ở tổn thương. Trong giai đoạn cấp có thể có chấm xuất huyết hoặc vết bầm. Khi lành tổn thương tróc vảy.
- Vị trí thường gặp: mặt (ở một hay hai bên má, cầu mũi, thường không vượt quá đường chân tóc và cằm), phần thấp của chân, những vùng đã bị tắc mạch bạch huyết trước đó.

5.3. Cận lâm sàng

- Bạch cầu tăng $> 15000/\text{mm}^3$
- Tìm Streptococcus ở họng dương tính trong một số trường hợp.
- Hiếm khi thấy Streptococcus ở dịch mô tổn thương

5.4. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định: dựa vào lâm sàng
- Chẩn đoán phân biệt: zona vùng mặt, viêm da tiếp xúc, phù mạch

5.5. Diễn tiến –tiên lượng

- Nếu không điều trị bệnh thường tự giới hạn và giảm dần trong 7-10 ngày
- Thỉnh thoảng vi trùng theo mạch bạch huyết gây viêm mô tế bào với bóng nước xuất huyết, hoại tử và áp xe dưới da.
- Nếu điều trị kháng sinh, tổng trạng bệnh nhân cải thiện trong vòng 24-48 giờ, tổn thương da cải thiện chậm hơn trong vòng vài ngày.
- Bệnh có khuynh hướng tái phát ở vị trí cũ có thể do tắc nghẽn mạch bạch huyết ở lần nhiễm trước.

5.6. Điều trị

Trường hợp nhẹ:

- Do Streptococcus:
Penicillin V 0,25-0, 5g x 4 lần/ ngày, uống 7-10 ngày
Procaine penicilline 600.00 UI 1-2 lần / ngày (TB) 7- 10 ngày

- Nếu do Staphylococcus:
Oxacillin 0,5-1g 4lần/ngày, uống từ 7-10 ngày

Trường hợp nặng:

- Do Streptococcus:
Aqueous penicillin 2-6 triệu UI / ngày (TM hoặc TB)
- Nếu do Staphylococcus:
Nafcillin 1-1,5g/ngày 4lần/ngày
- Dị ứng penicillin:
Vancomycin 1-1,5g/ngày (TM) đối với Staphylococcus
Cefepim 0,5-2g x 2 lần / ngày (TM)

6. Viêm mô tế bào

6.1. Định nghĩa

- Là tình trạng viêm da lan tỏa, cấp tính đặc biệt là mô sâu dưới da
- Tuổi khởi bệnh: có thể gặp ở bất kỳ độ tuổi nào, ở trẻ em, thường < 3 tuổi.
- Tác nhân gây bệnh:
Thường gặp
 - Người lớn: *S.aureus*, liên cầu tan huyết β nhóm A (GAS)
 - Trẻ em: *H.influenzae* nhóm B, GAS, *S.aureus*.
 - Hiếm gặp hơn:
 - Liên cầu nhóm B, phế cầu
 - Ở những bệnh nhân giảm miễn dịch hay đái tháo đường: *E.coli*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter*, *P.aeruginosa*...

6.2. Lâm sàng

- Thường có tổn thương da đi trước như loét ứ đọng, vết thương ngoài da...Sau vài ngày xuất hiện hồng ban và đau ở vị trí tổn thương. Triệu chứng toàn thân xuất hiện rất nhanh gồm sốt, mệt mỏi, chán ăn, rét run. Hồng ban ở vị trí nhiễm trùng ngày càng nhiều và lan rộng nhanh kèm đau.
- Tổn thương da điển hình là một vùng hồng ban phù nề, nóng, đau. Bờ không nhô cao, giới hạn không rõ như trong viêm quầng. Hạch vùng to, đau, thường có kèm theo viêm mạch bạch huyết. Có thể có mụn nước hoặc áp xe tại chỗ với hoại tử da bên trên.

6.3. Cận lâm sàng

- Bạch cầu tăng cao 15. 000-40. 000/mm³ chủ yếu bạch cầu đa nhân trung tính.
- Nền cấy máu do có thể gây nên tình trạng nhiễm khuẩn huyết.

6.4. Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định: chủ yếu dựa vào lâm sàng

Chẩn đoán phân biệt: viêm quầng

6.5. Diễn tiến - tiên lượng

- Bệnh rất nặng nếu không được điều trị kịp thời do có thể lan theo đường máu và bạch huyết.

- Ở bệnh nhân lớn tuổi, tổn thương ở chi dưới có thể gây viêm tắc tĩnh mạch
- Ở bệnh nhân phù mạn tính, bệnh lan rất nhanh và hồi phục chậm, đôi khi bội nhiễm thêm vi trùng Gram âm.

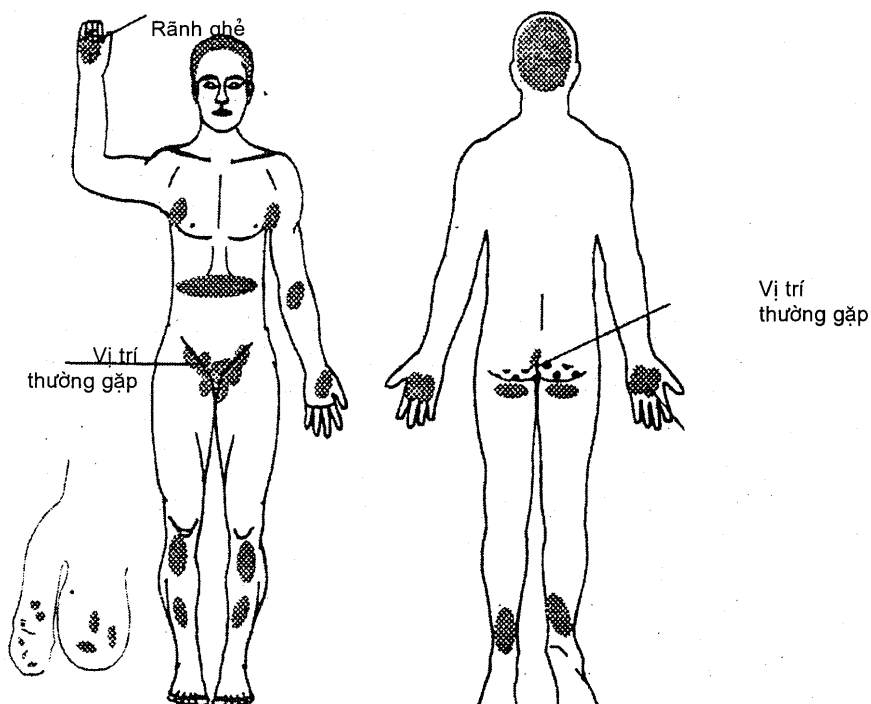
6.6. Điều trị

- Không phân biệt được do Streptococcus hay Staphylococcus:
Oxacilline 1-2g x 4 lần /ngày, TM
Hoặc Cefazoline 1-2g x 3 lần /ngày, TM
- Do Streptococcus:
Điều trị như viêm quầng
- Tổn thương chi dưới / bệnh nhân đái tháo đường: thường do nhiều vi trùng phối hợp
Thêm metronidazol hoặc clindamycin
Hoặc thay thế bằng cefoxitin 1-2g 3 lần /ngày, TM

GHỀ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh ghẻ ngứa là một bệnh da lây, phổ biến nhất tại Việt Nam . Thường gặp ở trẻ em và phụ nữ. Do *Sarcoptes scabiei* gây ra.
- Ở những người trẻ, trong giai đoạn hoạt động sinh dục, ngoài việc lây lan theo đường thông thường còn có thể lây chủ yếu qua đường tình dục. Đây là một đường lây lan quan trọng mà ít người để ý đến và cũng là cơ sở để Tổ chức Y tế Thế giới xếp ghẻ là bệnh lây lan qua đường tình dục.
- Nhắc lại đặc điểm sinh học của cái ghẻ:
 - + Con đực chết ngay sau khi di giống.
 - + Con cái trưởng thành dài khoảng 400 μm . Nó sinh sống bằng cách đào hầm dưới da (gọi là rãnh ghẻ) giữa lớp sừng và lớp hạt. Thời gian sống trung bình là 30 ngày. Vài giờ đào hầm, cái ghẻ bắt đầu đẻ trứng. Trứng phát triển thành ấu trùng và trưởng thành trong vòng 10 ngày.



Sơ đồ vị trí thường gặp của ghẻ

- Nhóm triệu chứng giúp chẩn đoán:

+ Mụn nước: nằm rải rác, màu trắng đục, càng có giá trị khi nằm ở vùng da non.

+ Sẩn cục hoặc sẩn mụn nước hay ngứa: nốt nhô cao và trên đầu có mụn nước. Đặc hiệu hơn mụn nước. Thường gặp ở trẻ em. Gặp ở nách hay ở bẹn giúp chẩn đoán tốt.

- Nhóm triệu chứng không đặc hiệu nhưng thường gặp trong bệnh ghẻ:

Dấu gãi: trầy xước trên da theo đường, có thể dẫn đến mụn mủ do thiếu vệ sinh.

Vết chàm hoá: mụn nước tụ lại thành mảng.

Vị trí tổn thương (quan trọng, giúp chẩn đoán):

+ Tổn thương ở khắp người trừ mặt (trừ trẻ em hay bệnh nhân AIDS).

+ Thường gặp ở vùng da non: kẽ ngón tay, mặt trước cổ tay, quanh rốn, nếp dưới rốn, đầu vú, da đùi, da bộ phận sinh dục, nách,...

Dịch tễ học: có nhiều người xung quanh cùng bị bệnh.

III. BIẾN CHỨNG

- Nếu không điều trị vẫn còn bệnh dù ngứa có giảm.
- Biến chứng:
 - Chàm hoá: do cái ghẻ hoặc thuốc bôi. Nếu bệnh nhân đã bị chàm thì dễ bị chàm hoá.
 - Viêm da mủ: thường thấy nhất là ở trẻ vệ sinh kém. Thường do liên cầu khuẩn, có thể lan sang đầu và lưng – có thể chốc hoá, viêm nang lông, nốt, viêm hạch.
 - Lichen hoá.
 - Móng: có thể tăng sừng dưới móng màu xám – có thể tìm thấy cái ghẻ.
 - Tiểu đần bạch: thường nhẹ, thường gặp ở trẻ con bị ghẻ nặng.
 - Viêm vi cầu thận cấp và phù toàn thân: hiếm, do cảm ứng độc tố của ghẻ hoặc do vi trùng bội nhiễm.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Tìm thấy cái ghẻ tại tổn thương: 100% chẩn đoán dương tính nhưng thực tế ít làm do đó chỉ dựa trên lâm sàng.

Các kỹ thuật xét nghiệm để tìm cái ghẻ:

- Cạo da.
- Dùng kim tách cái ghẻ.
- Sinh thiết thương bì.
- Thử nghiệm mực rãnh ghẻ.
- Cạo rãnh ghẻ bằng que.
- Kỹ thuật dùng tấm bông với chất dính cellophor.
- Thoa tetracyclin rồi soi dưới đèn wood.
- Sinh thiết bằng “Punch”.

Chẩn đoán phỏng định:

Khả năng đúng trên 90%, dựa vào:

- Tính chất tổn thương da: rãnh ghẻ, sẩn ngứa, mụn nước vùng da non.
- Vị trí tổn thương: không có ở mặt mà có ở vùng da non.



- Ngứa: nhiều về đêm.
- Dịch tế học: có nhiều người xung quanh bị bệnh ghẻ.

Chẩn đoán phân biệt:

- Tổ đũa: vị trí mụn nước ở mặt bên ngoài các ngón, không có tổn thương ở thân mình.
- Chấm rận: ngứa ở lưng, sau nốt tổn thương cào gãi nhiều hơn.
- Sẩn giang mai ở đàn ông: tìm nhóm hạch với đặc tính không viêm. Dựa vào bệnh sử và thử nghiệm máu.
- Chàm ở phụ nữ có thai và cho con bú.
- Chàm thể tạng: dựa vào vị trí đặc hiệu của bệnh này (cần phân biệt với ghẻ chàm hoá mạn tính).

V. THỂ LÂM SÀNG

1. Ghẻ thông thường: đã mô tả ở trên.

2. Ghẻ bội nhiễm: thường gặp ở trẻ em suy giảm miễn dịch hay kém vệ sinh, mụn mủ chiếm ưu thế hơn mụn nước.

3. Ghẻ chàm hoá: rất thường gặp do ngứa gãi quá nhiều.

4. Ghẻ chàm hoá bội nhiễm

5. Ghẻ ở trẻ em: da non nhiều, kể cả mặt, ngoài mụn nước có nhiều sẩn cục, hai nách nhiều sẩn ghẻ, nam có ở bìu.

6. Ghẻ ở người sạch sẽ: tổn thương điển hình kín đáo, tiền sử bệnh, dịch tế học, sẩn ghẻ giúp chẩn đoán nhiều.

7. Ghẻ tăng sừng (ghẻ Na Uy): thường xuất hiện ở những người suy dinh dưỡng, ở trại cải tạo, suy giảm miễn dịch giai đoạn AIDS, điều trị suy giảm miễn dịch như ở lupus, ung thư giai đoạn cuối...

- Tổn thương có phủ lớp mài dày: tăng sừng.
- Ngứa: không ngứa hay ngứa dữ dội.
- Lột mài lên: rất nhiều cái ghẻ.
- Bệnh rất lây.

8. Ghẻ ở bệnh nhân HIV: ở Việt Nam ghẻ là bệnh da thường gặp ở người nghiện ma túy có phản ứng HIV (+) chiếm 27,3% tại Trung tâm cai nghiện ma túy Bình Triệu.

9. Ghẻ có bóng nước: trong bóng nước có cái ghẻ.

VI. ĐIỀU TRỊ

– Nguyên tắc:

1. Phải chẩn đoán sớm và điều trị thích hợp để tránh biến chứng và lây lan cho cộng đồng.
2. Phải điều trị cho người tiếp xúc mắc bệnh.
3. Phải vệ sinh quần áo, cá nhân để tránh lây lan cho cộng đồng và tái nhiễm.
4. Phải bôi thuốc đúng cách.

– Thuốc:

* Điều trị cái ghẻ: chủ yếu là thuốc bôi.

* Cách bôi thuốc ghẻ:

- + Tắm với nước tím loãng (1/ 4.000 – 1/ 10.000), ấm.
- + Vuốt xà bông toàn thân, nhấn mạnh ở các nếp rồi rửa sạch với nước tím loãng ấm.
- + Thoa thuốc đặc hiệu toàn thân (trừ đầu) lần 1 ngày vào buổi tối, rồi mặc quần áo sạch và 24 giờ sau tắm lại.

Bảng 1: Thuốc bôi điều trị ghẻ

Tên khoa học	Tên thương mại	Dạng trình bày	Ghi chú
Thuốc lựa chọn đầu tiên:			
1. Gamma benzen hydrochlorid 1%	Lindana ® Lindana ® Scabecid ®	Crème Crème, dung dịch crème Crème	Bôi một lần Độc tính hệ thần kinh trung ương không dùng cho trẻ < 12 tuổi, đất tiền.
2. Permethrin 5%	Elimite ®	Crème	Bôi 1 lần. Không dùng cho trẻ nhỏ, đất tiền
Thuốc hàng thứ yếu:			
3. Benzoat de Benzyl 25%	Ascabiol ® Benzoate de Benzyl	Crème Nhũ dịch.	Dùng cho trẻ > 2 tuổi có thể gây methemoglobin.
4. Diethylphtalat	D.E.F	Mỡ, dung dịch.	Rẻ tiền, thích hợp với điều trị cộng đồng.
III. Thuốc khác:			
1. Lưu huỳnh	Mỡ lưu huỳnh 10% Polysulfur ®	Mỡ. Dung dịch.	Dùng tốt cho trẻ em.
2. Crotamiton	Eurax đ	Crème	Dùng cho trẻ > 2 tuổi, có thể gây methemoglobin.

+ Nếu 2 – 3 ngày sau chưa hết, thì thoa lại như trên.

+ Không nên dùng corticoid.

Gần đây có thuốc uống điều trị. Dùng trong trường hợp nặng hoặc không dùng được thuốc sớm. Đó là Ivermectin 200µg/ kg với liều duy nhất. Đối với ghẻ Na Uy có thể dùng 2 hay nhiều liều hơn.

* *Điều trị triệu chứng*: chủ yếu là điều trị ngứa. Thuốc thường dùng là thuốc kháng histamin nhóm I (antihistamin H_1) như: chlorpheniramin, ciproheptadin... thường uống vào buổi tối.

– Áp dụng thực tế:

* *Ghẻ thông thường*: bôi thuốc ghẻ + kháng histamin vào buổi tối.

* *Ghẻ bội nhiễm*:

+ Khu trú: bôi dung dịch màu (Milian, Eosin...) vào tổn thương nhiễm trùng và điều trị ghẻ như ghẻ thông thường.

+ Có dấu hiệu toàn thân, tổn thương nhiễm trùng lan tỏa: sử dụng thêm kháng sinh đường uống.

* *Ghẻ chàm hoá*: tăng liều kháng histamin 2 – 3 lần trong ngày, thuốc trợ gan mật nếu cần, đắp dung dịch màu tại tổn thương chàm. Sau khi ổn định điều trị như ghẻ thông thường.

* *Ghẻ chàm hóa bội nhiễm*: xử trí ghẻ bội nhiễm và ghẻ chàm hoá.

* *Ghẻ Na Uy*: nâng tổng trạng bệnh nhân. Thoa pommade Salicyl 2 -5% để tiêu sừng sau đó bôi thuốc ghẻ. Bệnh rất lây nên thận trọng khi tiếp xúc với bệnh nhân. Có thể dùng ivermectin: 200µg/ kg/ ngày trong 2 đến nhiều ngày.

– Diệt nguồn lây:

+ Cái ghẻ chết khi ra khỏi ký chủ 3 ngày do đó để quần áo trong tủ một tuần sau đó mặc lại.

+ Cái ghẻ chết ở nhiệt độ 60° do đó quần áo đang mặc nên đun sôi ở 80 – 90°C trong 5 phút.

+ Điều trị cả người xung quanh có ngứa.

– Theo dõi điều trị:

+ Điều trị tốt: 3 – 5 ngày không nổi tổn thương mới, ngứa có thể tồn tại dưới hoặc bằng 2 tuần.

+ Tiêu chuẩn điều trị lại:

• Ngứa trên 2 tuần dù không có tổn thương mới về mặt lâm sàng.

- Nổi tổn thương mới.
- Điều trị không đúng phương pháp.

VII. PHÒNG BỆNH

Cần vệ sinh cá nhân hàng ngày với xà phòng nhất là ở kẽ tay và các nếp. Khi có người ở gia đình hay cơ quan bị ngứa, nhất là ban đêm phải kiểm tra vị trí chọn lọc của ghẻ. Tránh tiếp xúc với người bị ghẻ (bắt tay, dùng đồ chung, giặt, phơi chung đồ). Nếu mình bị ghẻ cần tránh tiếp xúc với người xung quanh, dùng đồ đặc riêng, ngủ riêng và đi khám ngay để được điều trị sớm tránh biến chứng và tránh lây cho cộng đồng.

Nếu có biến chứng cần phải chữa chuyên khoa. Hết biến chứng mới điều trị ghẻ như trên.

ZONA

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Zona (bệnh dờ leo; herpes zoster, zoster, shingles) là bệnh nhiễm siêu vi hướng thần kinh và da. Tổn thương đầu tiên là viêm cấp tính hạch tủy sống và rễ sau của tủy sống. Đây là bệnh thường gặp ở bệnh viện Da Liễu, xuất hiện theo mùa.

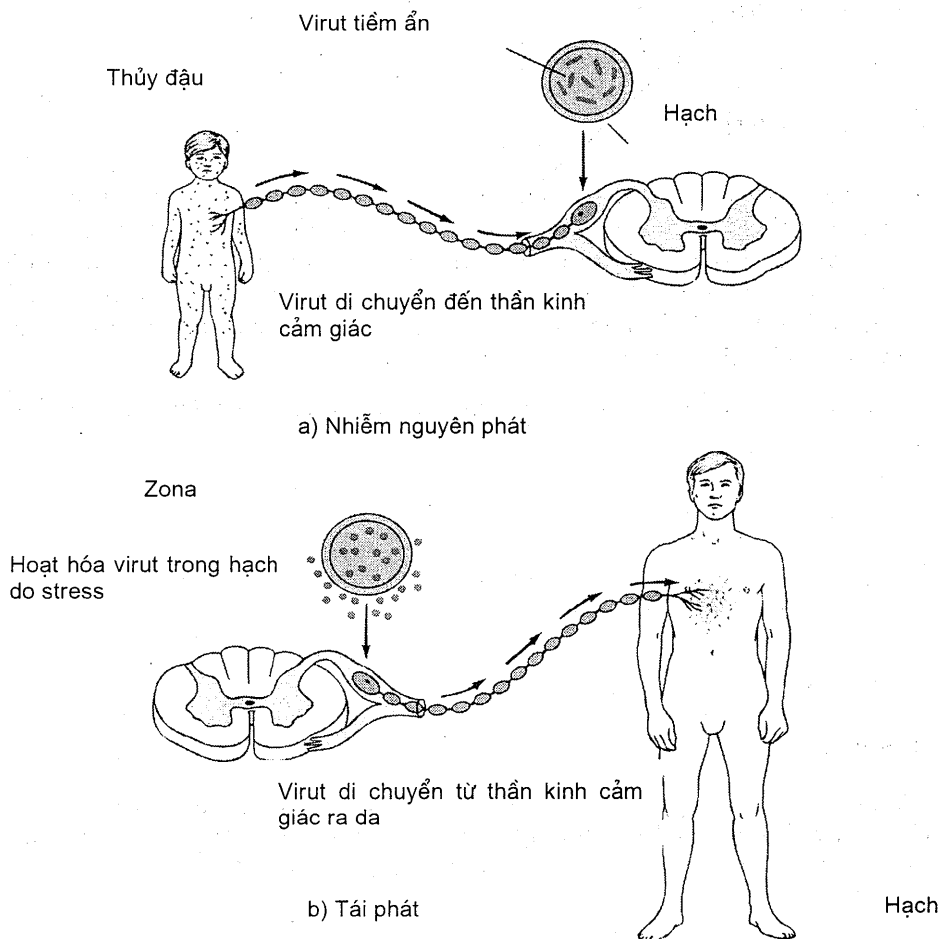
2. Tác nhân gây bệnh

- Do Varicellae - Zoster virut.
- Thường gặp ở những người có tiền căn đã mắc bệnh thủy đậu và sau đó được tái hoạt lại để gây bệnh Zona, tuy nhiên nguyên nhân gây tái hoạt chưa rõ.

II. SINH LÝ BỆNH

Yếu tố thuận lợi

- Bệnh về máu: lympho mạn, Hodgkin.



**Sơ đồ bệnh sinh nhiễm virus nhóm VARICELLA – ZOSTER.
(theo Prescott 1996)**

- Đái đường, ung thư, điều trị bằng thuốc giảm miễn dịch.
- Viêm màng não hay viêm não – màng não do vi trùng.
- Chèn ép rễ hạch do bướu hay nhiễm trùng, chấn thương hay điều trị bằng xạ trị.
- Bệnh suy giảm miễn dịch - đặc biệt là nhiễm HIV / AIDS, bệnh hệ tạo keo, (đặc biệt LEA).
- Người lớn tuổi.

III. LÂM SÀNG

- Khởi đầu có thể có phản ứng toàn thân, sốt nhẹ $37^{\circ}5 - 38^{\circ}C$, khó chịu, nhức đầu, đau xương sống. Thường đau nhức, đau theo đường đi của dây thần kinh hoặc có cảm giác nóng bỏng, căng rát ở da vùng sắp bị tổn thương, nửa bên cơ thể. Nếu ở vùng ngực trái trên người lớn tuổi bệnh có thể làm với bệnh tim.

- Sau vài ngày, trên vùng da rối loạn cảm giác xuất hiện các mảng hồng ban đứng riêng rẽ, sau đó hợp lại thành mảng lớn.

- Sau 24 - 48 giờ xuất hiện các mụn nước hợp thành chùm ở trung tâm mảng hồng ban. Các mụn nước này có thể tụ lại thành bong nước chứa dịch trong, có thể lõm ở trung tâm (hình rốn). Sau đó mụn nước hoá đục, vỡ ra, khô lại và đóng mủ.

- Có thể gây tổn thương với nhiều lứa tuổi khác nhau tương ứng với sự bộc phát của nhiều cơn liên tiếp (thường ở người lớn).

+ Vị trí rất đặc trưng: phân bố theo dermatome, ở một bên cơ thể và không vượt quá đường giữa. Đôi khi có thể thấy một vài tổn thương ở bên đối diện do những nhánh thần kinh nhỏ chạy ngang.

+ Triệu chứng đi kèm:

- Cảm giác nóng bỏng (có khi không chịu nổi) nhất là về đêm. Đối với người lớn tuổi có thể đau nhức dữ dội từng cơn hoặc liên tục gây cản trở sinh hoạt.

- Hạch phụ thuộc sưng đau.

- Thần kinh: nhức đầu, sốt, tăng lympho / dịch não tủy, rối loạn thần kinh giao cảm về vận mạch, bài tiết mồ hôi, nhiệt độ ở vùng phát ban, dấu hiệu màng não (hiếm).

+ Diễn tiến: thường tổn thương không lan sau 1 tuần và 1/3 trường hợp lành trong vòng hai đến ba tuần. Nếu không có nhiễm trùng hoặc miễn dịch bình thường, lành để lại sẹo mất sắc tố. Biến chứng đau nhức sau zona thường gặp nhất là ở người lớn tuổi.

IV. DẠNG LÂM SÀNG

1. Theo vị trí

1. Zona liên sườn: thường gặp nhất.

2. Zona mắt: nặng nhất. Có thể toàn bộ dây thần kinh mắt hay một trong ba nhánh bị tổn thương: nhánh trán, lệ, mũi trong hay ngoài. Đáng sợ



nhất là mũi ngoài bị tổn thương (phân bố thần kinh giác mạc) vì cho biến chứng ở mắt.

3. Zona cổ: tổn thương nhiều rễ: cổ chẩm (C1 - C3), cổ - trên đầu (C3 - C4), cổ - cánh tay (C4 - C7).

4. Zona thắt lưng: bụng - sinh dục, đùi - thần kinh tọa.

5. Zona xương cụt: chẩn đoán khác Herpes thường gặp ở vùng này hơn: mông - tầng sinh môn - cơ quan sinh dục ngoài.

6. Zona đầu

* Zona hạch gối: do tổn thương dây VII và VIII được biểu hiện: đau tai, giảm thính lực, liệt mặt ngoại biên và mất cảm giác nửa bên, phát ban vùng Ramsay - Hunt (màng nhĩ, lỗ tai ngoài, xoắn vành tai) và ở dây nhĩ 2/ 3 trước lưỡi).

* Zona miệng hầu: gây khó nuốt, phát ban thành sau lưỡi, amidan, cột trụ hay thành sau - bên của hầu (dây IX hay X bị tổn thương).

2. Theo hình thái học

1. Zona xuất huyết: bóng nước chứa máu.

2. Zona hoại thư: gây ra loét sâu, khó và lâu lành sẹo, gặp ở người già hoặc người nhiễm HIV.

3. Zona lan tỏa:

- Ở người giảm miễn dịch.
- Giống bệnh thủy đậu (lốm ở giữa và thường có xuất huyết hoại tử).
- Nội tạng có thể bị tổn thương, đặc biệt là phổi, có thể tử vong.
- Cần lưu ý ở người trẻ hay người nghiện ma túy cần thử tìm HIV, tỷ lệ zona ở những đối tượng này khá cao.

V. DI CHỨNG VÀ BIẾN CHỨNG

1. Di chứng

1.1. Đau nhức

- Ở người trẻ ít có di chứng hơn người già.
- Ở người già do tổn thương dây thần kinh thường gây đau nhức dữ dội (liên tục hay từng cơn) nhất là khi thay đổi thời tiết và thường kéo dài lâu, khó điều trị.

1.2. Loạn dưỡng

Chủ yếu ngoài da, gây teo da, mất lông, và không bài tiết mồ hôi, dị dạng móng. Hội chứng đau - loạn dưỡng có thể xuất hiện nhưng hiếm. Có thể

do phản xạ giác mạc chậm sau zona nên tổn thương giác mạc thường xảy ra một thời gian dài sau đó và có thể lầm với zona tái phát.

2. Biến chứng

Ngoài bội nhiễm, bệnh Zona có thể cho những biến chứng thần kinh sau:

- Viêm não – màng não lympho.
- Liệt dây thần kinh sọ: chủ yếu là dây thần kinh mắt và vận nhãn chung cũng có thể xảy ra khi phát ban trùng vùng tử. Thường hồi phục hoàn toàn.
- Liệt rễ: hồi phục chậm và không hoàn toàn.

* Zona trên nguyên tắc không tái phát trừ người suy giảm miễn dịch có thể tái phát.

VI. CHẨN ĐOÁN

Thường rất dễ dựa vào: hồng ban mụn nước phân bố theo dây thần kinh, ở nửa bên cơ thể và kèm theo hạch vùng.

Đối với một số thể không điển hình, cần phân biệt với các bệnh sau:

Thể không có mụn nước

Chỉ có mảng hồng ban, cần tìm các triệu chứng khác như cơn đau rễ hay dấu hiệu liệt một dây thần kinh sọ và tổn thương nửa bên cơ thể gợi ý chẩn đoán.

Cần chẩn đoán phân biệt với: - Chàm tiếp xúc.

Viêm quầng (nếu ở mắt).

Phát ban chỉ gồm vài mụn nước hợp thành chùm: cần chẩn đoán phân biệt với herpes: đau ít hơn và tái phát.

Những người giảm miễn dịch: Zona lan tỏa và kéo dài cần chẩn đoán phân biệt với những bệnh nhiễm virus lan tỏa ở da khác như herpes.

Chẩn đoán xác định dạng không điển hình: nên dựa vào

- Sự tăng cao có ý nghĩa của kháng thể IgG Zona – thủy đậu trong hai lần kế tiếp.
- Các xét nghiệm virus học. Khó thực hiện và không cho phép loại trừ herpes.

VII. ĐIỀU TRỊ

Do bệnh có thể tự ổn định sau 2 tuần nên vấn đề điều trị chủ yếu là: giảm đau và phòng bội nhiễm. Đối với trường hợp giảm miễn dịch hoặc người già cần phải sử dụng thêm thuốc diệt virus, nâng cao sức đề kháng, bảo vệ thần kinh để tránh biến chứng nặng nhất là đau nhức sau zona.

Phòng bội nhiễm

* Tại chỗ: thoa dung dịch màu (Milian, Eosin 2%).

* Toàn thân: chỉ dùng kháng sinh toàn thân nếu tổn thương lan rộng, điều kiện chăm sóc tại chỗ kém, người giảm miễn dịch hoặc nhiễm trùng.

Giảm đau: tùy mức độ có thể dùng

* Kháng viêm không corticoid: aspirin, diclofenac, ibuprofen.

* Acetaminophen.

* Giảm đau ngoại vi và trung ương phối hợp: acetaminophen + codein, acetaminophen + dextropropoxyphen.

* Vitamin nhóm B (B1, B6, B12): sử dụng liều cao ngay từ đầu nhằm bảo vệ dây thần kinh và giảm đau

* Corticoid: do tác dụng chống viêm tại chỗ tổn thương thần kinh (trong vòng năm ngày sau khi phát ban xuất hiện) và ngăn ngừa.

– Prednisolon: 1 - 2 mg/ kg/ ngày x 1 – 2 tuần.

– Sau đó giảm liều và ngưng hẳn trong hai tuần kế tiếp.

→ Chỉ dùng cho những ca có nguy cơ: Zona dây thần kinh sinh ba, người già, Zona rải lan tỏa sau khi loại trừ các chống chỉ định: nhiễm trùng cấp, bán cấp, tăng huyết áp, đái đường, bệnh về máu.

* Điều trị di chứng đau với thuốc giảm đau thông thường:

– Carbamazepin đặc biệt giảm đau khi tổn thương dây V.

– Thuốc an thần kinh (Levomepromazine/ Nozinan) có thể rất công hiệu nhất là khi phối hợp thuốc chống trầm cảm (Tofranil). Tác dụng phụ: ngủ gà, li bì (Nozinan), hạ HA thể đứng (hai thứ).

Diệt virut: thường bệnh tự ổn định nên không cần sử dụng thuốc diệt virut.

* Các thuốc thường dùng: acyclovir, valacyclovir và famcyclovir.

* Chỉ định:

– Người giảm miễn dịch.

– Lượng $CD_4 < 200 \text{ cm}^3$.

– Zona thần kinh sọ não (đặc biệt bệnh ở mắt).

– Zona lan tỏa.

– Tình trạng suy kiệt.

Acyclovir là thuốc thường sử dụng nhất tại Việt Nam, có tác dụng tiêu diệt virut với liều cao có tác dụng ngăn ngừa bệnh lây truyền và hạn chế đau nhức về sau. Ở người bình thường không cần sử dụng trừ các trường hợp có

chỉ định như trên. Thường có tác dụng khi cho trong 2 – 3 giờ đầu, giai đoạn hồng ban, ít mụn nước.

Bảng thuốc điều trị

Bệnh	Thuốc	Liều
Zona.	Acyclovir	800 mg x 5 lần / ngày x 7 – 10 ngày, uống.
	Valacyclovir	1g x 3 lần / ngày x 7 ngày, uống.
	Famcyclovir	500 mg x 3 lần / ngày x 7 ngày, uống.
Người lớn suy giảm miễn dịch.	Acyclovir	10 mg/ kg/ 8 giờ x 7 ngày, tiêm mạch.
Trẻ em suy giảm miễn dịch	Acyclovir	500 mg/ m ² / 8 giờ x 7 – 10 ngày, tiêm mạch.

CHÀM THỂ TẠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm da mạn tính, gây ngứa, thông gặp nhất ở trẻ.
 - Ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống (giấc ngủ, tâm lý, các sinh hoạt...).
 - Diễn tiến: hồng ban, phù → mụn nước, rỉ dịch → đóng mào, tróc vảy → dày da, tăng ho? giảm sắc tố.
 - Phân loại: chàm thể tạng và chàm tiếp xúc
- Khác: chàm đồng tiền, viêm da mạn tính khu trú, chàm vi trùng - ký sinh trùng, chàm tiết bã.

1. Dịch tễ

- Tần suất bệnh: 10-15% ở các nước đã phát triển
- Bệnh thường khởi phát vào những năm đầu cuộc sống:
- 60% trong năm đầu (50% trên 2 tháng tuổi)
 - 75 - 90% trước 5 tuổi
 - 1/2 – 1/3 có tiền sử bản thân hoặc gia đình bị viêm da thể tạng, viêm mũi dị ứng, hen.
 - Bệnh tự thuyên giảm dần theo thời gian.



2. Sinh bệnh học

- Bất thường miễn dịch: tăng IgE trong huyết thanh; tăng số lượng và hoạt tính tế bào T hoạt hóa chuyên biệt; giảm số lượng và hoạt tính tế bào T ức chế.
- Giảm hóa hướng động bạch cầu đa nhân trung tính.
- Da khô, giảm số lượng ceramid và các lipid khác.
- Các yếu tố nguy cơ: chất kích thích, dị nguyên, stress tâm lý,...

3. Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng:
 - + Ngứa dẫn đến gãi, dần dần bị lichen hóa, sau đó lại ngứa
 - + Rối loạn giấc ngủ, mất ngủ
- Triệu chứng thực thể:
 - + Dưới 2 tháng: nhẹ do trẻ không thể tự gãi
 - + Nhũ nhi (2 tháng – 2 tuổi):
Sẩn - mụn nước / hồng ban, rỉ dịch, có thể tập trung thành mảng giới hạn không rõ dần dần bị lichen hóa
Thường ở mặt, ngực, da đầu, cổ, mặt duỗi chi
Da khô
Trẻ em (4 – 10 tuổi):
 - Giảm tổn thương cấp, thường là sẩn khô, vết cào gãi, lichen hóa
 - Ổ nếp cổ, khuỷu, cổ tay, khoeo
 - 30 – 80% tiến triển thành chàm thể tạng ở người lớn
 - Thiếu niên – người lớn:
 - Các mảng da khô, lichen hóa, tăng sắc tố
 - Ổ mắt gấp quanh mắt, chàm khô ở tay – chân
 - Các triệu chứng khác:
 - + Da vảy cá
 - + Dày sừng nang lông
 - + Vảy phấn trắng (dát giảm sắc tố, có vảy mịn, ở vùng phơi bày ánh sáng)
 - + Dày sừng lòng bàn tay – lòng bàn chân

4. Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định: dựa vào lâm sàng

Chẩn đoán phân biệt: tổ đỉa: mụn nước sâu ở lòng bàn tay – lòng bàn chân.

Nhiễm Herpes: cảm giác nóng rát; mụn nước trên nền hồng ban, mọc thành chùm.

Nấm da: mụn nước trên nền hồng ban, mọc thành mảng giới hạn rõ, diễn tiến ly tâm.

5. Điều trị

– Mục đích:

Kiểm soát nhanh các cơn bùng phát.

Giảm thiểu tần suất và độ nặng của các cơn.

– Ngày càng có nhiều chế phẩm chứa corticosteroid và chất điều hòa miễn dịch an toàn hơn, và các thử nghiệm về điều trị toàn thân, nên quan điểm “đợi đến đây thì bệnh tự thuyên giảm” không còn phù hợp.

Điều trị theo từng mức độ

– Tối thiểu hóa các yếu tố nguy cơ

– Giữ ẩm da

+ Thoa corticoid nhẹ đến trung bình

+ Uống thuốc kháng histamin

+ Đánh giá sự tuân thủ của bệnh nhân

+ Thoa corticoid trung bình đến mạnh

+ Kháng sinh toàn thân theo kinh nghiệm

– Chuyển đến BS chuyên khoa

6. Tránh các yếu tố nguy cơ

– Drap giường, bao gối không được làm bằng len, vải thô; hút bụi nhà; vệ sinh đồ chơi hàng tuần

– Tránh thay đổi nóng – lạnh

– Không dùng xà bông



- Tránh gây stress tâm lý cho trẻ
- Không nuôi thú trong nhà
- Tránh các thức ăn dễ gây dị ứng: sữa bò, trứng, đậu, bột mì

7. Nuôi con bằng sữa mẹ

Bổ sung acid béo thiết yếu (Linolic acid)

Giữ ẩm da

Tắm nước ấm mỗi ngày, có thể kết hợp:

- Dầu giữ ẩm (Baby oil)
- Chất làm sạch da nhẹ để tránh nhiễm trùng (Lactacydd, Cetaphil, Derma soap free foaming gel)
- Thoa chất giữ ẩm:
- Gây bít tắt (thạch chứa petroleum)
- Cải thiện sự bám dính nước trên da (các sản phẩm chứa urea, amonium lactate)
- Bổ sung lipid thiếu (các sản phẩm chứa ceramide kiềm hóa)

Kiểm soát ngứa

Antihistamin thế hệ cũ, dùng trước ngủ, vì:

- Có hiệu quả thứ phát giúp trẻ ngủ được, giảm gãi
- Ngứa trong chàm thể tạng có thể không qua trung gian histamin

8. Corticosteroid thoa

Là điều trị chủ yếu

Lựa chọn điều trị dựa trên:

- Về sản phẩm: độ mạnh, dạng chế phẩm
- Về bệnh nhân: độ nặng, vị trí, độ lan rộng

Độ mạnh của corticoid thoa chia thành 7 nhóm từ mạnh đến yếu:

- Dùng loại yếu nhất đạt hiệu quả kiểm soát cơn cấp
- Hoặc dùng loại mạnh để kiểm soát nhanh cơn cấp sau đó thay thế ngay bằng loại yếu hơn

Dạng chế phẩm có độ xuyên thấm qua da tăng dần: đắp ốt (nước) → bột; lotion; khí dung → kem; gel → mỡ.

Trẻ con có:

- Da mỏng hơn người lớn
- Tỷ lệ da tổn thương / tổng DT da lớn
- Tổn thương thường ở vùng da nhạy cảm (mặt, cổ, nếp)

Nên chọn corticoid nhóm yếu và ở dạng chế phẩm ít xuyên thấu.

Tổn thương bội nhiễm, rỉ dịch nhiều: dùng chế phẩm sát trùng dạng nước (Eosin 2%, Milian, Castellani).

Điều trị duy trì: thoa từng đợt corticoid yếu 2 lần /tuần (hydrocortison, kem fluticasone propionate).

9. Chất điều hoà miễn dịch – ức chế Calcineurin thoa

- Có tính mỡ cao nên không hấp thu vào máu
- Hiệu quả, an toàn khi dùng lâu dài
- Sản phẩm: Tacrolimus (Protopic®) 0,03 – 0,1%
Pimecrolimus (Elidel®) kem 1%
- Dùng cho trẻ 2 tuổi
- Tác dụng phụ:
 - + Tại chỗ: rất bong, ngứa trong vài ngày đầu
 - + Toàn thân: nhiễm trùng, sinh ung thư ít gặp

10. Kiểm soát nhiễm trùng

Nên dùng kháng sinh ngăn ngừa kể cả khi không có dấu hiệu bội nhiễm

Lựa chọn: Cephalosporin thế hệ I, II; Dicloxacillin

11. Điều trị toàn thân

Khi điều trị tại chỗ không hiệu quả

- Corticosteroids uống
- Ciclosporin
- Azathioprin
- Methotrexat
- Interferon
- Quang trị liệu



12. Chiến thuật điều trị

Điều trị chung

Giáo dục bố mẹ bệnh nhi:

- Về tình trạng bệnh để yên tâm điều trị (bệnh có thể kiểm soát được chứ không chữa khỏi hẳn)
- Về các yếu tố nguy cơ
- Về các phương pháp chung giữa ẩm da cho trẻ

Tạo mối quan hệ tự tin cho trẻ.

Điều trị cơn cấp

Bước 1: đơn trị liệu

- Thoa corticoid trung bình – mạnh
- Thoa thuốc điều hòa miễn dịch:

Trẻ trên 2 tuổi

Tổn kém hơn

Vùng da nhạy cảm, vùng tã lót: thuốc ức chế calcineurin là lựa chọn đầu tiên

Bước 2: khi bước 1 thất bại

- Phối hợp thoa corticoid yếu đến trung bình và ức chế calcineurin
- Hoặc điều trị toàn thân
- Hoặc quang hóa trị liệu
- Điều trị duy trì:
 - + Thoa liên tục thuốc ức chế calcineurin
 - + Thoa từng đợt corticoid yếu – trung bình

KẾT LUẬN

- Là bệnh mạn tính, rất khó điều trị
- Bệnh tự thuyên giảm; có thể khỏi hẳn; 30-80% vẫn còn sau 4 tuổi, sau đó có thể tiến triển thành chàm thể tạng người lớn.
- Mặc dù điều trị không khỏi hẳn nhưng có thể kiểm soát được bệnh.

CHÀM TIẾP XÚC

1. Viêm da tiếp xúc dị ứng

Phản ứng dị ứng qua trung gian thể dịch.

Nguyên nhân: tiếp xúc nhiều và lâu dài với chất hóa học; yếu tố vật lý; yếu tố sinh học (nhiễm trùng...).

Hai loại chất kích ứng:

- Nhẹ: xà bông, chất tẩy, chất hòa tan
- Nặng: các chất gây tổn thương da ngay sau khi tiếp xúc như acid hoặc kiềm mạnh

2. Viêm da tiếp xúc dị ứng

Phản ứng tăng mẫn cảm muộn qua trung gian tế bào.

Thời gian ủ bệnh: 5 – 21 ngày sau khi tiếp xúc kháng nguyên lần đầu

12 – 48 giờ sau khi tiếp xúc kháng nguyên lặp lại

Các yếu tố thúc đẩy:

- Yếu tố di truyền, nồng độ kháng nguyên, thời gian - vị trí tiếp xúc, khả năng giải mẫn cảm của bệnh nhân
- Cọ sát, áp lực, bít tất, ẩm ướt, nóng-lạnh, bệnh da có sẵn

3. Các thể lâm sàng đặc biệt

- Viêm da tiếp xúc với cao su -latex; thuốc thoa (corticoide , kem chống nắng, mỹ phẩm); ánh sáng mặt trời.
- Viêm da tiếp xúc nghề nghiệp: thợ uốn tóc, nha sỹ, thợ hồ, thợ làm móng,...
- Viêm da tiếp xúc ở trẻ em: do tiếp xúc cao su, hóa chất, kim loại, ... trong các vật dụng dùng cho trẻ. Biểu hiện thường là viêm da ở mặt và tay.

4. Triệu chứng cơ năng

Cảm giác da dày, cứng, khô, ngứa, đau.

5. Triệu chứng thực thể

- Cấp: hồng ban, mụn nước, rỉ dịch, khô da, nứt da (nhẹ); bóng nước, trợt, loét, phù nề (nặng).



- Bán cấp: đóng mài.
- Mạn: lichen hóa.
- Tổn thương sắp xếp rời rạc hoặc thành chùm - đường với hình thù kỳ lạ.
- Phân bố tại vị trí tiếp xúc rồi lan ra các vùng khác.
- Lòng bàn tay, lòng bàn chân, da đầu ít bị do dày.

6. Chẩn đoán

Tiền sử tiếp xúc.

Lâm sàng: cách sắp xếp và phân bố tổn thương, phát ban có hình dạng kỳ lạ.

Cận lâm sàng: Patch test với dị nguyên tiếp xúc.

7. Điều trị

Tránh tiếp xúc yếu tố kích thích.

Loại bỏ yếu tố kích thích bằng cách rửa ngay sau khi tiếp xúc.

Cấp nhẹ - trung bình

- Thoa dung dịch màu, lotion êm dịu da.
- Thoa corticoid dạng khí dung, kem, lotion sau khi mụn nước xẹp xuống.
- Uống Antihistamin.

Cấp nặng

Ngâm nước lâu đủ để loại bỏ hết kháng nguyên, sau đó điều trị như một vết phỏng.

Cấp nặng với phù - bóng nước nhiều

- Điều trị tại chỗ: đắp ướt.
- Uống corticoid: Prednison 1mg/ kg/ ngày hoặc các loại corticoid khác liều tương đương sau đó giảm dần và ngừng trong 2 – 3 tuần. Triệu chứng sẽ giảm trong vòng 48 giờ sau khi bắt đầu điều trị. Điều trị nhiễm trùng thứ phát (chốc, viêm mô tế bào, viêm quầng).

Mạn tính

Ngâm ướt vùng da tổn thương trong 5 phút rồi thoa ngay chất giữ ẩm da hoặc mỡ corticoid yếu đến trung bình cho đến thoa corticoid mạnh hoặc tiêm corticoid trong tổn thương hoặc quang hóa trị liệu nếu không đáp ứng.

Bội nhiễm: kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân.

PEMPHIGUS

Pemphigus được dùng để chỉ một nhóm các bệnh lý bóng nước tự miễn của da và niêm mạc, đặc trưng bởi bóng nước trong thượng bì và có hiện tượng tiêu gai trên mô học và kháng thể IgG chống màng tế bào của các tế bào sừng trên miễn dịch huỳnh quang.

Tùy theo vị trí tổn thương trên mô học có hai nhóm bệnh Pemphigus chính:

Pemphigus sâu: có Pemphigus thông thường (Pemphigus vulgaris, PV) thường gặp nhất, chiếm 70%, và Pemphigus sùi

Pemphigus nông: có Pemphigus đỏ da (hay Pemphigus bã) và Pemphigus lá Pemphigus thông thường (Pemphigus vulgaris, PV)

Đây là một bệnh bóng nước tự miễn nặng, có thể cấp tính hoặc mạn tính, ảnh hưởng trên da và niêm mạc. Có thể gây tử vong nếu không được điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch, do đó cần được chẩn đoán và điều trị sớm.

I. DỊCH TỄ HỌC

Bệnh thường gặp ở những người Do Thái và Địa Trung Hải. Ước tính ở Jerusalem tỷ lệ hiện mắc bệnh là 1,6/100.000; còn ở Pháp chỉ 1,3/1.000.000

Bệnh gặp ở cả hai phái trong độ tuổi từ 40 đến 60 tuổi.

Sinh bệnh học

Đây là một bệnh với tự kháng nguyên liên kết với tế bào thượng bì.

Kháng thể IgG trong tuần hoàn gắn kết với glycoprotein trên bề mặt tế bào thượng bì, làm mất các liên kết giữa các tế bào với nhau, dẫn đến hiện tượng tiêu gai. Kháng nguyên của Pemphigus: quan trọng nhất là desmoglein 3: một thành phần của thượng bì, và có liên quan đến hiện tượng tiêu gai

II. LÂM SÀNG

Bệnh khởi phát không tiền chứng. thường khởi đầu ở niêm mạc miệng:

Bóng nước vỡ nhanh cho những vết trợt giới hạn rõ, hình tròn hoặc đa cung, rất đau. Vài tháng sau phát ban bóng nước toàn thân. Hiếm hơn có thể phát ban bóng nước cấp tính ngay từ lúc đầu.



Tổn thương cơ bản:

Bóng nước kích thước lớn, chùng, nằm rời rạc trên nền da bình thường, rất dễ vỡ, để lại những mảng trợt da, rịn nước, có hình tròn hoặc bầu dục, được bao quanh bởi một viền thượng bì bong tróc. Dấu Nikolsky dương tính

Dấu Nikolsky: dùng ngón tay tỳ và kéo nhẹ lên vùng da có vẻ bình thường cạnh bóng nước, dấu hiệu dương tính khi bóng nước bị trợt ra theo. Hoặc đè nhẹ lên bóng nước, bóng nước phình to lan rộng ra thêm. Dấu hiệu này có thể gặp trong những bệnh khác như Lyell, tiêu thượng bì bóng nước bẩm sinh

Tổn thương rải rác phân bố khắp cơ thể, tập trung nhiều ở những vùng tì đè, nách, vùng chậu. Có thể ở những vùng niêm mạc

Triệu chứng cơ năng: không có tiền triệu. Không ngứa, nhưng đau nhiều. Tổng trạng sớm bị ảnh hưởng, suy kiệt dần. Bệnh nhân có thể sốt, rối loạn tiêu hóa, sụt cân, mệt mỏi

III. CẬN LÂM SÀNG

Mô học: bóng nước trong thượng bì kèm hiện tượng tiêu gai sâu ngay trên màng đáy, trong dịch bóng nước chứa bạch cầu đa nhân trung tính, lympho bào.

Miễn dịch huỳnh quang:

Trực tiếp (ở da cạnh bóng nước): lắng đọng IgG hình mạng lưới trên màng tế bào của các tế bào sừng

Gián tiếp: kháng thể lưu thông IgG kháng màng tế bào của tế bào sừng

1. Chẩn đoán

Dựa vào lâm sàng và các cận lâm sàng (mô học, miễn dịch huỳnh quang). Tuy nhiên, nếu chỉ có tổn thương ở miệng thì sẽ khó chẩn đoán.

Chẩn đoán phân biệt với tất cả các bệnh da có bóng nước khác.

2. Điều trị

a. Corticoids: Prednisone 2 - 3 mg /kg/ngày cho đến khi không xuất hiện tổn thương mới và Nikolsky (-). Giảm nhanh liều xuống một nửa liều khởi đầu cho đến khi sạch tổn thương, sau đó giảm liều bậc thang thật chậm để duy trì liều hiệu quả tối thiểu.

b. Các thuốc ức chế miễn dịch dùng kèm corticoid:

- Azathioprin 2 - 3mg/kg đến khi sạch tổn thương, giảm liều xuống còn 1mg/kg. Azathioprin được dùng tiếp tục một mình khi đã ngưng corticoid và có thể kéo dài vài tháng

- Methotrexat 25 - 35 mg /tuần, chỉnh liều cũng giống như azathioprin.
- Cyclophosphamid 100 - 200mg mỗi ngày và giảm xuống duy trì từ 50 - 100mg mỗi ngày.

c. Các chăm sóc tại chỗ: tắm sạch, đắp ướt, corticoid thoa hoặc chích tại tổn thương, kháng sinh chống nhiễm khuẩn toàn thân; điều chỉnh rối loạn nước và điện giải.

3. Theo dõi

Sự cải thiện của tổn thương da và những tác dụng phụ liên quan đến các thuốc dùng. Làm các xét nghiệm theo dõi.

4. Kết luận

Bệnh Pemphigus là bệnh da bóng nước tự miễn, bao gồm nhiều thể lâm sàng khác nhau, trong đó thể Pemphigus thông thường là thể thường gặp nhất và nặng nhất, cần được chẩn đoán và điều trị sớm.

BỆNH VẢY NẾN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vảy nến là một bệnh lý viêm da mạn tính thường gặp, chiếm khoảng 2% dân số.

- Bệnh có thể khởi phát ở mọi tuổi, nhưng thường nhất là trong khoảng 15 - 30 tuổi.

- Nguyên nhân sinh bệnh

+ Trong vảy nến, điều bất thường rõ ràng nhất là sự thay đổi động học của tế bào sừng: rút ngắn chu trình tế bào từ 311 giờ còn 36 giờ, làm cho tế bào thượng bì hình thành nhanh hơn 28 lần. Thượng bì và lớp bì bị thay đổi theo. Sự thay đổi ở lớp mầm, và viêm ở lớp bì. Vảy nến là một bệnh liên quan đến tế bào T. Trong tổn thương vảy nến có hiện diện nhiều tế bào T xung quanh mạch máu ở lớp bì nông, và những cytokine do Th1 phóng thích.

+ Di truyền: các kết quả nghiên cứu cho thấy nếu cha mẹ cùng bị vảy nến thì con có khả năng bị bệnh 41%; nếu một trong hai cha mẹ bị bệnh thì khả năng bệnh ở con là 14%; và khả năng bệnh sẽ là 6% nếu người đó có anh chị em ruột bị vảy nến (so với tần suất mắc bệnh trong dân số là 2%)



- + Những yếu tố thuận lợi cho vảy nến khởi phát còn:
- Chấn thương: chấn thương về tâm lý cũng như chấn thương về thể chất có thể gây khởi phát bệnh, gây tái phát hoặc làm cho bệnh nặng thêm.
- Nhiễm trùng
- Do thuốc: một số thuốc như: ức chế, lithium, thuốc kháng sốt rét tổng hợp, NSAIDs (thuốc kháng viêm không steroid)

II. LÂM SÀNG

- Tổn thương cơ bản
 - + Là những dát, mảng hồng ban với những đặc điểm sau:
 - + Hồng ban: màu đỏ tươi, không tẩm nhuận, giới hạn rõ, hình tròn hoặc đa cung, khô.
 - + Vảy: xuất hiện trên bề mặt của hồng ban, gồm những phiến mỏng, xếp chồng chất lên nhau, dễ tróc và vỡ vụn, màu trắng như xà cừ hoặc lấp lánh như mica
 - + Kích thước: rất thay đổi, từ vài milimet đến vài chục centimet
 - + Số lượng từ vài mảng đến vài chục mảng
 - + Vị trí phân bố: có tính đối xứng, vị trí chọn lọc là da đầu, rìa chân tóc, đầu gối, cùi chỏ, vùng xương ức, mặt duỗi cẳng chân, cẳng tay
- Nghiệm pháp Brocq
 - + Dùng cái nạo (curette) cạo nhẹ trên bề mặt tổn thương. Nghiệm pháp Brocq dương tính khi xuất hiện lần lượt 3 dấu hiệu sau: *phết đèn cây - dấu vẩy hành - giọt sương máu*
 - + Phết đèn cây (phết nến): các lớp vảy mỏng trên tổn thương da sẽ tróc ra dễ dàng, rải rác tựa như khi cạo trên đèn cây (nến)
 - + Dấu vỏ hành: lớp vảy sau cùng sẽ tróc ra thành mảng nguyên duy nhất, hoặc rách thành miếng lớn, mép còn dính vào tổn thương. Giống như bóc vỏ củ hành nên được gọi là dấu vỏ hành
 - + Giọt sương máu: sau khi lớp vảy sau cùng tróc ra, trên bề mặt tổn thương có các giọt máu nhỏ li ti đọng lại
 - + Nghiệm pháp này đặc trưng cho bệnh vẩy nến, nhưng thường chỉ (+) khi chưa điều trị (cả thuốc uống lẫn thuốc bôi).
 - Hiện tượng Koebner: xuất hiện những tổn thương đặc hiệu, đồng dạng của da, hình thành sau chấn thương. Ví dụ như những tổn thương vẩy nến xuất hiện dọc theo đường cào gãi, trầy xước.

- Tổn thương móng: thường gặp (30% - 50%)
 - + Tổn thương nhiều móng, đối xứng, có thể tổn thương toàn bộ móng.
 - + Móng dày lên, tăng sừng dưới móng, bề mặt móng không còn bóng láng
 - + Có những điểm lõm nhỏ hoặc sọc ngang trên móng
- Các triệu chứng khác: triệu chứng ngứa thường ít. Vảy nến thông thường không có triệu chứng tổng quát nào.

III. CÁC THỂ LÂM SÀNG

- Tùy theo cách phân loại, có nhiều thể lâm sàng
 - + Theo số lượng, kích thước, sự lan rộng của tổn thương
 - Vảy nến giọt
 - Vảy nến mảng
 - Vảy nến toàn thân
 - + Theo hình thể
 - Vảy nến mũ
 - Vảy nến thể hồng ban vòng ly tâm
 - + Theo vị trí
 - Vảy nến nếp (vảy nến đảo nghịch)
 - Vảy nến da đầu
 - Vảy nến mặt
 - Vảy nến lòng bàn tay, lòng bàn chân
 - Vảy nến niêm mạc
- Theo tuổi
 - Vảy nến tả lột
 - Đỏ da toàn thân vảy nến bẩm sinh
 - Vảy nến trẻ em: thường là vảy nến giọt, vảy nến lòng bàn tay, lòng bàn chân, vảy nến ở mặt

IV. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

- Thương bì có hiện tượng tăng sừng, á sừng tăng gai, lớp hạt biến mất, có những vi áp-xe dưới lớp sừng chứa nhiều bạch cầu đa nhân, các nhú bì bị kéo dài ra. Trong mô bì nông có nhiều tế bào đơn nhân, đa nhân và các mạch máu giãn nở.



V. CÁC CẬN LÂM SÀNG KHÁC

- Những xét nghiệm cận lâm sàng thường ít được chỉ định
- Yếu tố thấp (rheumatoid factor (RF)) âm tính
- Nồng độ acid uric có thể tăng, có thể gây nhầm lẫn gout với vẩy nến khớp
- Dịch trong mụn mủ (vẩy nến mủ) vô khuẩn với sự thâm nhập tế bào lympho
- Có thể làm các xét nghiệm cạo tìm nấm

VI. CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán xác định:
 - + Chủ yếu dựa vào lâm sàng: mảng, sẩn hồng ban tróc vẩy, màu đỏ tươi, không tẩm nhuận, đối xứng, có vị trí chọn lọc; không ngứa hoặc ngứa ít; nghiệm pháp Brocq (+); thường kèm tổn thương móng.
 - + Giải phẫu bệnh lý giúp chẩn đoán bệnh trong trường hợp không điển hình, khó chẩn đoán
- Chẩn đoán phân biệt: bao gồm tất cả các bệnh sẩn vẩy
 - + Ban giang mai dạng vẩy nến
 - + Á vẩy nến
 - + Á sừng dạng vẩy nến
 - + Vẩy phấn hồng
 - + Nấm thân

VII. DIỄN TIẾN

- Đây là một bệnh lý lành tính, mạn tính, dai dẳng, có diễn tiến hình cao nguyên
- Tái phát, hiếm khi khỏi hẳn bệnh
- Có thể sang biến chứng viêm khớp 10%
- Đề kháng với điều trị

VIII. BIẾN CHỨNG

- Đỏ da toàn thân: hồng ban tróc vẩy chiếm toàn bộ hoặc gần như toàn bộ diện tích da (>90% diện tích da); vẩy ít, dính, nghiệm pháp Brocq (-); thường ngứa nhiều.



- Viêm khớp: xảy ra ở tất cả các khớp. thường thì cơn kịch phát của khớp và da xảy ra cùng lúc: viêm cứng cột sống, viêm đa khớp (các khớp liên đốt xa). Tiến triển kéo dài gây cứng khớp, biến dạng khớp.

IX. ĐIỀU TRỊ

- Nguyên tắc điều trị
 - + Kiên nhẫn trong điều trị
 - + Luôn giữ tinh thần thoải mái
 - + Tránh dùng các chất kích thích: rượu, bia, cà phê, thuốc lá.
 - + Tránh để chấn thương, trầy xước da.
 - + Hạn chế dùng corticosteroid (chống chỉ định với corticosteroid dùng đường toàn thân) vì dễ đưa đến đỏ da toàn thân và vẩy nến mủ khi ngừng thuốc.
- Các thuốc điều trị tại chỗ

Thuốc	Những lưu ý	Bàn luận
Steroids thoa	Betamethasone, hydrocortisone Hạn chế sử dụng	Dễ tái phát Teo da, giãn mạch, rậm lông
Calcipotriene	Dẫn xuất vitamin D ₃ : ức chế sự tăng sinh tế bào, chống viêm. Dùng trong vẩy nến mảng. Bôi hạn chế (<100g/tuần) Thoa 1-2 lần /ngày	Đắt tiền Hạn chế bôi ở mặt
Tazarotene	Là một retinoid (nồng độ 0,05% đến 0,1%) Thoa mỗi ngày 1 lần	Đắt tiền Có khả năng kích ứng
Lactic acid Salicylic acid	Là chất tiêu sừng Để cải thiện triệu chứng tăng sừng, tróc vẩy	Thuốc điều trị triệu chứng
Pimecrolimus Tacrolimus	Thuốc thoa ức chế calcineurin	Đắt tiền Thích hợp cho vùng da nhạy cảm
coal tar	Hắc ín: cơ chế tác động không rõ Có thể gây carcinoma	Có mùi hôi
Các chất làm ẩm da	Giúp cải thiện tình trạng da khô, tróc vẩy Làm mềm da	Chỉ có tính chất hỗ trợ

- Liệu pháp ánh sáng: thường dùng cho những trường hợp kháng trị

Liệu pháp	Lưu ý	Bàn luận
UVB phổ hẹp (310 - 331 nm)	Có thể dùng đơn trị liệu hay kết hợp với các trị liệu toàn thân hoặc hắc ín, anthralin để tăng hiệu quả	Tương đối an toàn
UVB toàn phổ	Kết hợp với các trị liệu toàn thân hoặc hắc ín, anthralin để tăng hiệu quả	
PUVA liệu pháp (Psoralen với UVA)	Kết hợp với retinoid uống có thể làm giảm liều tích lũy UVA	Có thể gây ung thư hóa
Excimer laser (308 nm)	Trị liệu chọn lọc trực tiếp lên vùng sang thương.	Đắt tiền

– Các thuốc dùng đường toàn thân

+ Có rất nhiều thuốc điều trị vẩy nến, nhưng không có thuốc nào là đặc trị. Các thuốc thường dùng là:

Thuốc	Những lưu ý	Bàn luận
Vitamin A	Liều cao: 200.000 - 300.000 đơn vị /ngày	
Retinoid	Acitretin (Soriatane) 0, 3 - 0,75mg/kg/ngày Tốt trong đỏ da toàn thân, vẩy nến mủ, vẩy nến với nhiều mảng	Đắt tiền
Dapsone (DDS)	1.5mg/kg/ngày	Có thể gây MetHb
Methotrexate	Tốt trên vẩy nến mủ và vẩy nến khớp Tối đa 25mg/tuần Cần theo dõi chức năng gan, huyết học khi bắt đầu, trong và sau quá trình điều trị	Có nhiều tác dụng phụ và tương tác thuốc
Cyclosporin	Là thuốc ức chế miễn dịch Đạt kết quả sau nhiều tuần điều trị	Tác dụng phụ trên huyết áp
Vitamin D3	Tốt trong vẩy nến mủ	

X. KẾT LUẬN

Vẩy nến là bệnh da mạn tính thường gặp với biểu hiện lâm sàng đa dạng. Cho đến nay có nhiều phương pháp điều trị nhưng không có phương pháp nào đặc hiệu, do đó việc điều trị cũng gặp vài khó khăn. Ngoài ra, bệnh rất thường hay tái phát. Cần tránh các yếu tố môi trường, đặc biệt là stress tâm lý vì nó thường là yếu tố gây khởi phát và tái phát bệnh

VIÊM DA TIẾT BÃ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm da tiết bã là một bệnh da mạn tính rất thường gặp, đặc trưng bởi những mảng đỏ và đóng vảy ở vùng tuyến bã hoạt động mạnh như: mặt, da đầu và các nếp của cơ thể. Viêm da tiết bã nhẹ ở đầu còn là nguyên nhân của gàu.
- Bệnh do *Pityrosporum ovale* gây ra.
- Tuổi: gặp ở tuổi sơ sinh (những tháng đầu), dậy thì, nhiều nhất là 20-50 tuổi. Thường gặp nhất là ở phái nam.
- Thường gặp trên địa cơ da nhờn. Gần đây, ở người nhiễm HIV có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn người bình thường.

II. LÂM SÀNG

- Là những mảng hồng ban trên bề mặt có vảy màu trắng hoặc màu vàng đỏ, thường đóng mủ, kích thước thay đổi từ 5 - 20mm, đóng mài nhờn và ướt.
- Vị trí thường gặp ở tai ngoài, da đầu, nách, bẹn và vùng dưới vú. Ở thân mình có thể có dạng đồng tiền, đa cung hoặc vòng.
- Dạng lâm sàng theo vị trí:
 - + Vùng có lông ở đầu: da đầu, lông mày, lông mi.
 - + Mặt: phát ban hình cánh bướm, nếp má mũi, mi mắt, góc trong mắt, sau tai.
 - + Thân mình: tổn thương giống vảy phấn hồng hoặc lang ben với mảng màu vàng nâu trước xương ức.
 - + Nếp: nách, bẹn, vùng hậu môn sinh dục, dưới vú. Tổn thương có thể lan toả, xuất tiết, rìa không đều, hồng ban lấp lánh và thường có vết nứt.
 - + Bộ phận sinh dục: thường đóng mài màu vàng với dạng vảy nến.

III. CHẨN ĐOÁN

Thường dựa vào lâm sàng với:

- Vị trí tổn thương: vùng tuyến bã hoạt động mạnh.
- Tính cách phát ban.

IV. DIỄN TIẾN

- Tia tử ngoại (UV) có tác dụng thuận lợi cho bệnh: bệnh giảm vào mùa hè, nặng hơn vào mùa thu.



- Khỏi bệnh và tái phát ở da đầu có thể gây rụng tóc.
- Ở da toàn thân tiết bã có thể xảy ra.
- Trẻ em và thiếu niên có thể tự khỏi bệnh viêm da tiết theo thời gian.

V. ĐIỀU TRỊ

- Corticosteroid thoa có tác dụng nhưng có thể gây teo da, giãn mạch, đặc biệt nếu thoa ở mặt có thể bị viêm da quanh miệng hoặc trứng cá đỏ. Nếu sử dụng corticosteroid thì nên dùng hydrocortison 1 - 2.5% thoa ngày 2 lần.

- Tia tử ngoại có tác dụng trong điều trị viêm da tiết bã, thường giảm vào mùa hè và rõ hơn vào mùa thu.

- Imidazol: đặc biệt là ketoconazol dưới dạng kem hoặc dầu gội đầu có tác dụng trong điều trị viêm da tiết bã.

- Thuốc khác: Selenium sulfite, Zinc pyrithin, tar, lưu huỳnh 3% phối hợp với salicylic acid 2%.

Tuỳ theo vị trí mà chọn lựa dạng thuốc bôi thích hợp. Ví dụ:

- + Da đầu: thường dùng dầu gội đầu, dung dịch, gel.
- + Thân mình: dùng loại kem.

Bệnh dễ tái phát nên thường chia làm hai giai đoạn: tấn công và duy trì.

Bảng 1: Thuốc điều trị viêm da tiết bã

	Da đầu	Mặt và thân mình
Tấn công		
Hydrocortison	Gel, lotion, dung dịch	Kem
Ketoconazol	Shampoo 2%	Shampoo 2%, kem
Selenium sulfid	Shampoo	
Zinc pyrithin	Shampoo	
Tar	Shampoo	
Duy trì		
Ketoconazol	Shampoo	Kem 1 lần / ngày
Hydrocortison		Kem 1 lần / ngày
Lưu huỳnh 3%		
Axit salicylic 2%		

Trường hợp đặc biệt:

- Vùng kẽ: thoa Castellani
- Dạng nặng:
Ketoconazol 200mg/ngày x 4-6 tuần.
Isotretinoin 0,5mg/ kg /ngày x 5-6 tháng.

MỤN TRỨNG CÁ

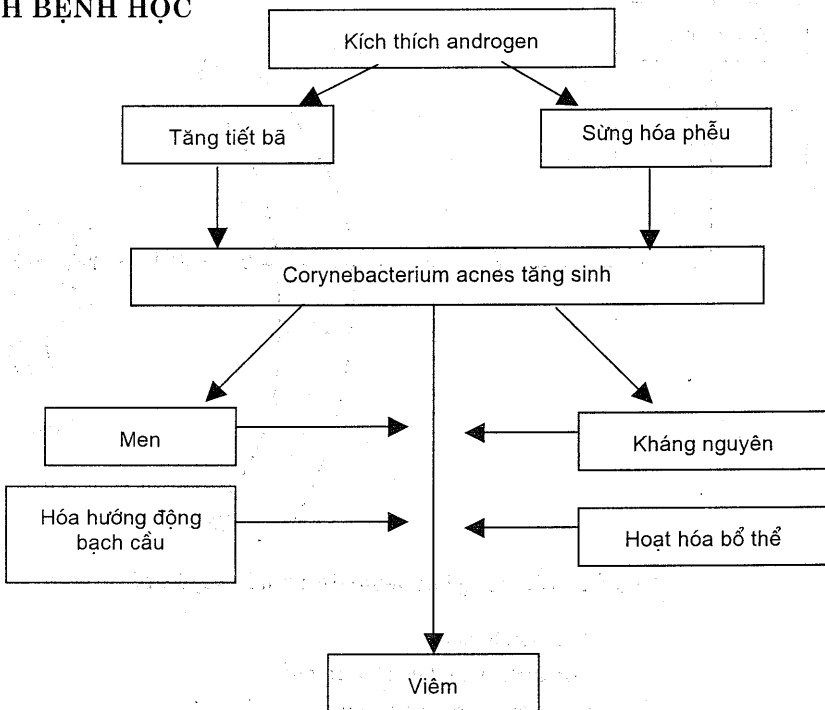
I. ĐẠI CƯƠNG

Mụn trứng cá là bệnh thường gặp, thương tổn với nhiều mức độ khác nhau ở hơn 90% thanh thiếu niên. Nhưng chỉ có 10% thực sự cần thiết sử dụng thuốc và 1% (3 – 4% ở nam và 0,4% ở nữ) gặp vấn đề khó khăn về điều trị.

Mụn trứng cá thường bắt đầu ở tuổi dậy thì. Không có những tổn thương nang lông đặc trưng báo trước của việc tiết bã: “tiết bã dậy thì”, thường sớm hơn dậy thì sinh dục nhất là bé gái da trở nên “nhờn và nổi mụn”, thường gặp trước khi có chu kỳ kinh đầu tiên ở tuổi 8 – 9 tuổi, ở nam xuất hiện chậm hơn khoảng 12 – 13 tuổi.

Diễn tiến khỏi tự nhiên trong đa số trường hợp, nam kéo dài trước khoảng 20 tuổi, nữ khoảng 22 – 25 tuổi.

II. SINH BỆNH HỌC

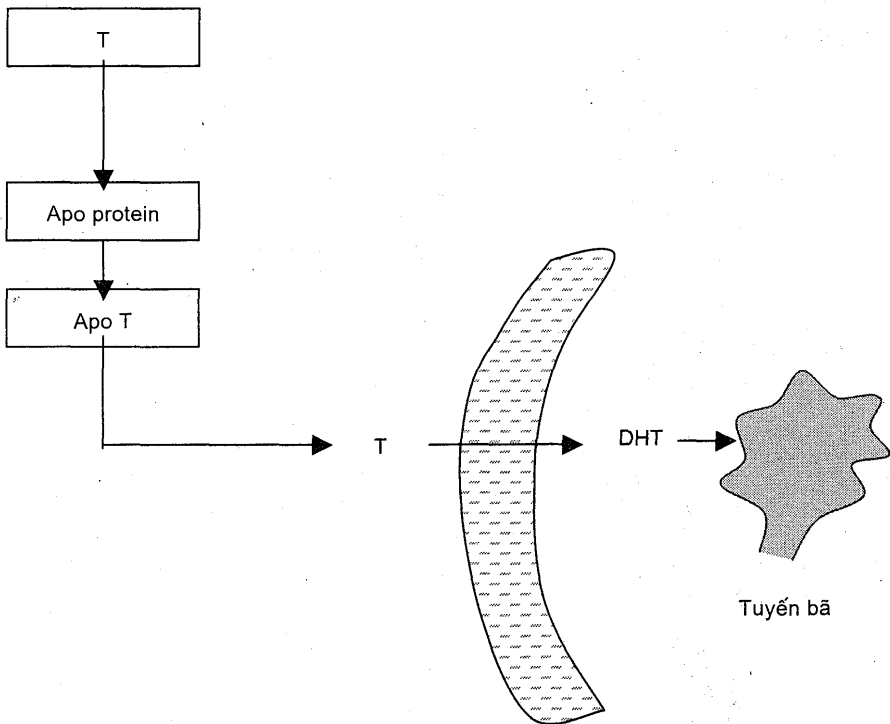


Sơ đồ 1: Sinh lý bệnh của mụn trứng cá.

Có 3 nhóm yếu tố góp phần chủ yếu trong bệnh sinh các tổn thương căn bản của mụn trứng cá:

- Tăng tiết bã. (sơ đồ 2)
- Sừng hóa vùng phễu ống: chưa rõ cơ chế.

- Vai trò của *Corynebacterium acnes* ở vùng phễu ống và các yếu tố gây viêm khác ở vùng phễu ống: *C. acnes* tiết ra những thành phần gây viêm như lipase, protease, hyaluronidase và các yếu tố hóa hướng động bạch cầu. Lipase thủy phân triglycerid thành axit béo tự do. Đây là chất kích thích khởi đầu và là chất sinh comedon. Những yếu tố hóa hướng động hấp dẫn bạch cầu đa nhân tới thành nang lông. Các bạch cầu đa nhân phóng thích hydrolase làm yếu thành nang lông gây viêm và vỡ → phóng thích thành phần comedon vào lớp bì. Phản ứng viêm dữ dội hình thành mụn trứng cá mủ và nang. Các vi khuẩn khác cũng gây viêm bằng cách kích thích các cơ chế miễn dịch.



Sơ đồ 2: Tác dụng của testosterone trên tuyến bã.

T: Testosterone

Apo protein: protein chuyên chở

DHT: dihydrotestosterone

Testosteron ở trong máu sẽ được vận chuyển đến hai cơ quan đích: tinh hoàn và tuyến bã nhờ vào một protein chuyên chở gọi là Apoprotein. Nếu không đến được hai vùng này, testosteron sẽ bị phân hủy không có tác dụng. Khi đến được thành tuyến bã, testosteron sẽ được nhả ra và chuyển hóa thành dihydrotestosteron → kích thích tuyến bã → tăng tiết bã.

III. LÂM SÀNG

Tổn thương căn bản của mụn trứng cá gồm

1. Tiết bã

Đây là yếu tố thuận lợi để phát triển tổn thương mụn trứng cá. Da sờ thấy nhờn giống như dầu, trơn láng, gặp ở vùng trán, má, mũi, vùng ngực trên cũng có thể gặp ở da đầu, vành trong tai.

2. Comedon

Đó là những “đầu đen” hay những chồi sừng nhỏ, kích thước từ 1 – 3 mm ở trong các lỗ của tuyến bã. Những comedon này dễ dàng thoát ra ngoài nếu dùng ngón tay hay đồ nhọn nhẹ: thấy có những sợi béo nhỏ, đặc, màu vàng với đầu màu đen. Màu đen của phần ngoài comedon là do sự oxy hóa các chất bã và sự lắng đọng melanin của phần phễu ống bao quanh comedon. Những comedon này có thể tự thoát ra tự nhiên và ít khi có hiện tượng viêm. Vị trí thường gặp ở vùng có nhiều tuyến bã cũng như ở vành tai.

3. Kén nhỏ

Đó là những điểm trắng nhỏ, “đầu trắng”, kích thước từ 2 – 3 mm, thường thấy ở má và cằm. Do sự tích tụ trong phần bóng của tuyến bã và thành phần gồm chất bã và những sợi sừng trộn lẫn với vi trùng. Đây là “quả bom nổ chậm” của mụn trứng cá. Dù có thể tự mở ra và diễn tiến như comedon hay có thể làm vỡ thành tuyến bã đưa đến hoạt động viêm với thành phần là mụn mủ và sẩn viêm.

4. Sẩn

Đó là những tổn thương viêm, đường kính < 5 mm, thường nhô cao, màu đỏ, mềm, thỉnh thoảng đau. Diễn tiến có thể tự hấp thu hoặc thành mụn mủ.

5. Mụn mủ

Đó là những sẩn chứa mủ, màu vàng. Theo dõi những mụn mủ, nhất là vùng quanh miệng, ngay lập tức cho thấy thường do bội nhiễm tụ cầu vàng, vi khuẩn Gram âm hoặc nấm men hay một tác nhân gây bệnh khác ngoài mụn trứng cá (viêm da quanh miệng, trứng cá đỏ).

6. Nốt

Đó là những tổn thương viêm, thường diễn tiến thành áp xe vỡ tạo thành sẹo. Theo định nghĩa nốt là tổn thương đặc, đường kính > 10 mm thì trong mụn trứng cá đường kính của nốt rất thay đổi tùy từng quốc gia, thường từ 4 mm trở lên. Nốt cho thấy đây là một triệu chứng nặng của mụn trứng cá.

7. Tổn thương khác

Có thể thấy nang lông bị viêm do nốt, áp xe vỡ tạo thành những xoang dài hoặc lỗ rò, có thể có sẹo lõm, sẹo phì đại hay sẹo lồi. Đây là những tổn thương thứ phát.

IV. DẠNG LÂM SÀNG

1. Trứng cá thiếu niên

- Dạng thường gặp nhất, đặc trưng của tuổi dậy thì do sự tăng bộc phát của androgen.

- Phát ban da dạng với tăng tiết bã, comedon, kén nhỏ, sẩn viêm, sẩn mụn mủ hay nốt sâu có thể hóa mề, rò ra da và lành để lại sẹo mất thẩm mỹ (thường gặp trong mụn trứng cá nặng).

- Yếu tố bộc phát:

+ Thức ăn: nhiều đường, nhiều béo.

+ Thời tiết: quá ẩm có thể gây đợt nhiễm trùng nặng.

+ Nội tiết: mụn trứng cá trước kỳ kinh.

+ Hóa học: dầu khoáng chất, iode, bromure,...

- Diễn tiến: thường lành tính, 90% lành khi đến 20 tuổi, 10% còn lại do điều trị không đúng hoặc diễn tiến nặng của bệnh đưa đến những cơn bộc phát hoặc mất thẩm mỹ.

2. Mụn trứng cá hoại tử

- Khởi đầu bằng sẩn màu đỏ, lõm ở giữa, sau đó hoại tử đóng mòi. Mài rụng khoảng 3 – 4 tuần để lại sẹo dạng thủy đậu.

- Diễn tiến: thường kéo dài vài tuần, có khi mạn tính với những cơn bộc phát liên tục.

3. Mụn trứng cá trầy xước

- Thường nhất ở các cô gái trẻ, tính tình dễ bị kích thích, có thói quen cạo móc các tổn thương trứng cá rất nhỏ ở mặt.

- Tạo thành dạng trầy xước và để lại sẹo mất thẩm mỹ.

4. Mụn trứng cá do dùng thuốc

- Các thuốc có thể sinh mụn hay phát ban mụn trứng:

Androgen cho nữ
Thuốc ngừa thai
Corticoid tại chỗ hoặc toàn thân
ACTH
Thuốc chống lao: INH
Vitamin B ₁₂
Thuốc chống động kinh: barbituric, hydantoin,...
Halogen: bromur, iudur, ...
Muối lithium
Thuốc chống trầm cảm: amineptin
Thuốc ức chế miễn dịch: azathioprin, cyclosporin,...

- Tuổi xuất hiện: ngoài tuổi thông thường của mụn trứng cá thiếu niên.
- Vị trí bất thường: tai, cổ, chi trên.
- Tổn thương có tính đơn dạng: sẩn, mụn mủ hoặc chỉ có comedon.

5. Mụn trứng cá ngoại sinh

* Mụn trứng cá xuất hiện dưới ảnh hưởng trên da của những dầu vô cơ rất sinh comedon:

- + Mụn đầu.
- + Mụn trứng cá đầu ở đùi, cánh tay của những người thợ máy, chủ garage,...

* Mụn trứng cá theo sau ngộ độc hay nhiễm nghề nghiệp những loại hydrocarbur, aromatic, halogen, dioxin:

+ Mụn trứng cá thường kết hợp với triệu chứng toàn thân, tiêu hóa, phổi, thần kinh (thể nặng).

* *Mụn trứng cá do mỹ phẩm*: do sự hiện diện của dầu thực vật đã cô đặc hay do paraffine bán lỏng (vaseline).

6. Mụn trứng cá ở trẻ em

Phát ban thường xuất hiện trước dậy thì, gồm 3 loại:

- * Mụn trứng cá ở trẻ sơ sinh:
- Gặp trong 3 tháng đầu sau sinh.



- Chủ yếu ở bé trai do tăng chức năng tuyến bã kích phát dưới ảnh hưởng của androgen người mẹ hay thai.

- Diễn tiến thuận lợi: thường biến mất tự nhiên sau vài tháng do đó không cần điều trị đặc biệt.

* Mụn trứng cá ở trẻ em:

- Gặp từ 3 tháng – 2 tuổi, nam cũng như nữ.

- Biểu hiện lâm sàng giống mụn trứng cá thiếu niên.

- Điều trị giống mụn trứng cá thông thường nhưng phải chọn kỹ thuốc thoa tại chỗ (nồng độ thấp, không gây kích thích da).

* Mụn trứng cá dạng trứng cá đỏ:

- Tương ứng với một dạng biến đổi của viêm da quanh miệng.

- Thử phát sau dùng corticoid bôi ngoài da.

- Điều trị bằng cách ngưng thoa corticoid.

7. Mụn trứng cá muộn ở phụ nữ

- Đặc trưng bởi sự tái phát mụn hay sự xuất hiện mụn muộn ở phụ nữ 30 – 40 tuổi.

- Phải tìm nguyên nhân nội tiết nội sinh đặc biệt: sự tăng hormon nam gốc buồng trứng hay thượng thận, thường thể hiện bằng chứng rậm lông, vô kinh hay ít kinh, tăng cân, rụng tóc,...

- Làm siêu âm buồng trứng, định lượng progesteron, FSH, LH, tỷ lệ testosterone tự do và hormon nam thượng thận trong huyết thanh.

8. Mụn trứng cá làm phì đại mũi hay bệnh mũi sư tử

- Gồm hai yếu tố:

+ Rối loạn tuần hoàn: mũi lạnh, đỏ hay tím, có nhiều giãn mao mạch.

+ Rối loạn bài tiết của tuyến bã: tuyến bã giãn nở và có nhiều u nang.

- Biểu hiện với mũi lồi lõm, bị cắt bởi những rãnh sâu, lỗ chỗ có những mụn mủ khi nặn ra những sợi mỡ. Mũi có thể to bằng nắm tay.

- Ngoài khía cạnh thẩm mỹ, nó dễ gây ung thư biểu mô tế bào gai hay ung thư biểu mô tế bào đáy.

9. Mụn trứng cá nốt – nang

- Thường gặp ở phái nam.

- Ngoài tổn thương cơ bản của mụn trứng cá thông thường, loại này có thêm những kén dạng biểu bì (nguồn gốc nang lông) và những nốt (do viêm nhiễm và vỡ nang).

- Những nốt này gây áp xe hóa tạo lỗ rò cho sẹo cứng, co rút, lõm.

- Vị trí: mặt, cổ, vùng quanh tai, ngực (vùng tăng tiết bã nhiều).

10. Mụn trứng cá cụm

- Là biểu hiện nặng nhất của mụn trứng cá.

- Mưng mủ mạn tính để lại sẹo kéo dài nhiều năm (hàng chục năm).

- Hiếm gặp, đa số ở nam giới, từ 20 – 30 tuổi.

- Nguyên nhân không rõ.

- Bắt đầu ở tuổi thanh niên với mụn trứng cá nặng, lan tỏa (mặt, thân, lan ra tay, vùng mông), chủ yếu ở các nếp (gáy, nách, bẹn) và mặt, ngực.

- Tổn thương đa dạng và nhiều gồm sẩn, kén, mụn mủ, nốt và áp xe tạo lỗ rò, loét xuất huyết cho sẹo lõm và những cầu sẹo.

- Tổn thương có thể kết hợp với viêm hạch nước hay viêm mô tế bào da đầu (cần phải mổ).

- Biến chứng có thể gặp: ung thư biểu mô tế bào gai trên sẹo, thoái hóa dạng tinh bột nội tạng.

11. Mụn trứng cá tối cấp

- Còn gọi là mụn trứng cá cấp tính có sốt và loét.

- Là loại mụn trứng cá đặc biệt với những tổn thương viêm tối cấp diễn tiến tới loét, kết hợp với một hội chứng toàn thân nặng.

- Thường gặp ở nam thanh niên.

- Phát ban đột ngột gồm:

+ Sẩn và nốt ở lưng và ngực, thường chữa mặt và gáy.

+ Tổn thương có tính bấp bênh, đau tự nhiên và đau khi sờ nắn, diễn tiến tới loét.

+ Lành sẹo thường rất lâu và sẹo xấu.

- Hội chứng toàn thân: sốt dao động, ớn lạnh, đau khớp lan tỏa, đôi khi có hồng ban nút, tăng bạch cầu đa nhân.

- Chẩn đoán phân biệt: bệnh nhọt cấp tính, mụn trứng cá cụm, viêm da mủ ăn sâu rộng.

12. Phong thấp trứng cá

- Kết hợp viêm đa khớp, viêm xương và mụn trứng cá nặng.

V. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán

Dựa vào lâm sàng chủ yếu là các tổn thương của bệnh

2. Chẩn đoán phân biệt

Thường không cần đặt ra, tuy nhiên có thể phân biệt với:

- Trứng cá đỏ ở giai đoạn sản mụn, mủ:

Tổn thương không có ở lỗ chân lông, ưu thế ở vùng lõi của mặt (mũi, má, trán) và thường phù hợp với một hồng ban ở mặt, có giãn mạch, có những cơn vận mạch và kết mạc thường sung huyết. Tuổi thường gặp già hơn.

- Viêm da quanh miệng:

Tổn thương sản và kén nhỏ thường ở xung quanh miệng. Nếu nhiều có thể lan ra hai má và bờ ngoài hốc mắt. Thường rất kích thích da và có liên quan đến dùng corticoid thoa tại chỗ hoặc dùng mỹ phẩm.

- Nhiễm Demodex ở mặt:

Tổn thương không bao giờ tạo comedon, do tăng sừng ở vùng phễu ống và tìm thấy nhiều con Demodex ở trong nút sừng.

VI. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị

- Kiêng các thức ăn ngọt, béo.
- Tôn trọng cấu trúc da: không được nặn, lễ,...
- Không nên thoa các loại mỹ phẩm lên da nhất là các loại crème.
- Chống chỉ định sử dụng corticoid.
- Chống viêm.

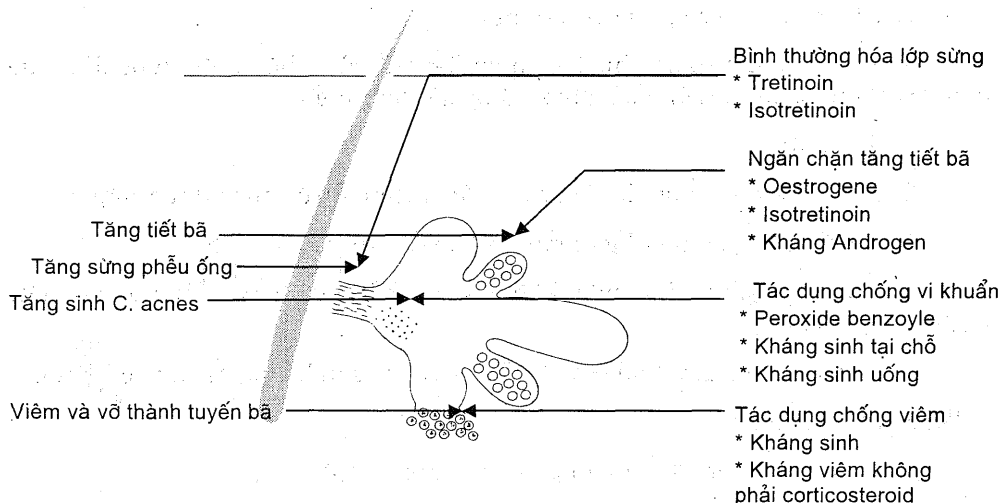
Tác dụng trên sự tăng tiết bã nhờn

- Điều trị bằng hormon:

* Oestrogen:

+ Chỉ dành cho phụ nữ có tăng tiết bã nhờn nhiều, điều trị kháng sinh thông thường và tiêu sừng không kết quả.

+ Giảm sản xuất chất bã.



Cơ chế tác dụng của một số thuốc điều trị mụn

* Ethinyl Oestradiol: 75 – 100 γ / ngày (liều có hiệu quả) luôn được phối hợp với một progestatif tổng hợp không sinh androgen.

* Kháng Androgen: Acetate de Cyproterone

Viên ngừa thai *Dianeđ* chứa: 35 μg Ethinyl Oestradiol + 2 mg Acetate de Cyproteron 1 viên / ngày, từ ngày thứ 5 đến ngày thứ 25 của chu kỳ.

* Androcur: 10 – 50 mg / ngày (trong trường hợp tăng tiết bã nhờn quá nhiều, có thể kết hợp viên thuốc ngừa thai) từ ngày thứ 5 đến ngày thứ 14 của chu kỳ.

* Estroprogestif:

Ethinyl { Oestradiol 50 mg 1 – 2 viên/ngày từ ngày 5 $\rightarrow$ 25/chu kỳ.

Lutéran { (2 mg Acetate de Chlormadinon) 1 viên/ngày từ ngày 15 $\rightarrow$ 25/ chu kỳ.

Hoặc

Ethinyl { Oestradiol 50 mg 1 viên / ngày từ ngày 5 $\rightarrow$ 25/chu kỳ.
+
Androcur 10 – 50 mg / ngày từ ngày 5 $\rightarrow$ 14/chu kỳ.

* Progestatif thoa: không cần thiết

- Acid retinoic 13 cis: (Isotretinoine)

+ Có tác dụng đáng chú ý trên sự bài tiết chất bã do đó được dùng để điều trị chọn lọc mụn trứng cá nặng, tăng tiết bã nhiều.

+ Liều dùng:

- Tấn công: 0,5 – 1 mg / kg / ngày trong 4 tháng (tùy theo dung nạp).

- Duy trì: 0,2 – 0,3 mg / kg / ngày thời gian dùng kéo dài hơn.

+ Tác dụng phụ: viêm môi, khô miệng, chảy máu cam, hồng ban ở mặt, ngứa, rụng tóc.

+ Bất lợi chính: gây quái thai. Chỉ được có con sau khi ngừng thuốc 2 năm.

- Spironolacton:

+ Liều tấn công: 200 mg / ngày (tùy dung nạp).

+ Liều duy trì: 50 – 175 mg / ngày.

+ Cho thấy vài thành công đáng kể ở phụ nữ.

Tác dụng trên sự sừng hóa phểu

* Vitamin A acid hay tretinoin: (thoa)

- Tác dụng:

+ Tiêu comedon.

+ Ngăn sự hình thành comedon.

- Thời gian: trong vòng 3 tháng cho kết quả đáng kể.

- Tác dụng thứ phát: khô da, kích thích da, hồng ban tróc vảy, tăng mụn trứng cá tạm thời (2 – 3 tuần đầu điều trị).

- Thoa thuốc vào buổi chiều và dùng ít nhất 6 tuần mới thấy kết quả rõ.

* Adapalen: (Differin)

Là một retinoid thế hệ mới trong điều trị mụn trứng cá tại chỗ với đặc điểm:

+ Ổn định với ánh sáng và oxygen → không bị phân hủy bởi ánh sáng và oxygen nên có thể thoa ban đêm hoặc buổi sáng.

+ Hấp thu qua da thấp → thấm vào nang bã nhờn và hoạt động tại vị trí mụn trứng cá.

+ Tính kết hợp thụ thể chuyên biệt trong tế bào sừng → giúp cho adapalen ít có tác dụng phụ.

+ Hoạt tính kháng viêm cao → dễ chịu cho bệnh nhân.

* Peroxyde Benzoyl:

- Tác dụng:

+ Làm tiêu sừng giống vitamin A acid.

+ Chống viêm, diệt khuẩn với phổ tác dụng rộng.

⇒ điều trị tổn thương sẩn, mụn mủ.

- Dùng buổi chiều để giảm nhạy cảm ánh sáng.

* Tiêu sừng khác:

Acid Salicylic 2 – 3% hay Urê 10% có thể có tác dụng trong các thể mụn trứng cá nhẹ.

Tác dụng trên tạp khuẩn và viêm nang lông

+ Tại chỗ:

* Peroxyd de Benzoyl: có tác dụng diệt khuẩn, chống viêm, tiêu comedon.

* Erythromycin:

* Clindamycin: trong hỗn hợp propylen glycol, nước và alcool.

+ Toàn thân:

* Trong các thể thông thường:

♦ Tetracyclin: (chlohydrate de tetracyclin 500 mg)

- Liều giảm dần:

+ 1.5 g / ngày trong 8 ngày.

+ 0.5 g / ngày trong 1 tháng.

+ 0.25 g / ngày trong nhiều tháng.

- Hoặc liều không đổi: 1 g / ngày.

- Hiệu quả và không có hại với liều ≤ 1 g / ngày trong thời gian lâu dài.

♦ Cyclin thế hệ 2: (Doxycyclin 100 mg, Minocyclin 100 mg)

- Liều dùng: 1 – 2 viên / ngày.

- Cũng có hiệu quả như tetracyclin.

- Điều trị kéo dài ít được dung nạp hơn.

- Giá thành đắt hơn.

♦ Kháng sinh khác:



- + Erythromycin:
 - Liều dùng: 1.5 – 2 g / ngày.
 - Có thể gây rối loạn tiêu hóa.
- + Clindamycin:
 - Liều dùng: 300 – 600 mg / ngày.
 - Có nguy cơ gây viêm đại tràng giả mạc.
- * Trong các thể nặng:
 - + Mụn trứng cá cụm:
 - DDS 100 mg / ngày.
 - Hoặc Isotretinoin 0,5 mg / kg / ngày trong 4 tháng.
 - + Mụn trứng cá đột ngột:
 - Corticoid toàn thân: 1 mg / kg / ngày + tetracyclin 1 g / ngày.

Điều trị khác:

- Vệ sinh da, chế độ ăn uống (kiêng ngọt, béo).
- Phẫu thuật (nốt u nang, lỗ, cụm).
- Bào da.
- Tâm lý liệu pháp: tránh lo âu,...

Phần

THẦN KINH

Biên soạn: PGS.TS. Nguyễn Chương

MỘT SỐ NGUYÊN TẮC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THẦN KINH

1. Các biểu hiện rối loạn ở thần kinh

Là các rối loạn chức năng của các đường tiếp thu và giải đáp. Rối loạn này có thể ở quá trình kích thích (thường là bắt đầu của bệnh), có thể ở quá trình gián đoạn huỷ hoại (thường ở giai đoạn sau, hoặc là ở trường hợp bệnh cấp tính). Ví dụ ở não, ở vùng vận động khi có tổn thương kích thích sẽ có biểu hiện ở lâm sàng là các loại động kinh cục bộ vận động; khi có tổn thương huỷ hoại, gián đoạn sẽ có liệt nửa người kiểu vỏ não; thực tế lâm sàng có trường hợp bắt đầu bằng co giật sau một thời gian mới có liệt nửa người, lại có trường hợp liệt nửa người ngay từ đầu. Ở vùng cảm, tổn thương kích thích, có hiện tượng ảo thị, tổn thương huỷ hoại sẽ có hiện tượng giảm thị lực, bán manh.

Như vậy, các biểu hiện thần kinh rất phong phú đa dạng: mất mề, tai nghe kém, ù tai như ve kêu trong tai, tê bì, co giật nhưng mất mề có thể là căn bệnh của phần trước nhãn cầu, phần sau nhãn cầu, ở tai cũng vậy... Vấn đề quan trọng là nhận ra được những liên quan trên đường đi của các đường dẫn truyền (cơ sở của định khu chẩn đoán). Ví dụ mất mề trước hết là thuộc phạm vi chuyên khoa mắt, rồi chuyên khoa thần kinh...

Từ những biểu hiện thần kinh đó, có thể do những nguyên nhân tổn thương của chính trục thần kinh, có thể từ những cơ quan khác. Từ trục thần kinh phải chú ý tới sang chấn (sang chấn sọ, sang chấn cột sống), u chèn ép (u não, u tuỷ, các khối choán chỗ khác ở trong não, trong tuỷ), các bệnh nhiễm khuẩn thần kinh (nhất là viêm màng não do lao, viêm não), các rối loạn mạch máu não, chảy máu não, thiếu máu não...). Từ các bệnh ở cơ quan khác như biến chứng từ tim mạch vào não, bệnh phổi - não...

2. Phát hiện những biểu hiện thần kinh trong thực hành đa khoa

2.1. Dựa trên những đặc điểm về giải phẫu chức năng não tuỷ ứng dụng vào thực hành thần kinh

Não và tuỷ sống (còn gọi là trục xám) làm thành hệ thần kinh trung ương. Từ não, từ tuỷ sống có những dây thần kinh đi tới các cơ quan ngoại vi ở đầu, thân mình và các chi; các dây thần kinh sọ và các dây thần kinh gai. Toàn bộ hợp thành hệ thần kinh ngoại vi (ngoại biên). Do đó trên thực tế lâm sàng cần phân định tổn thương trung ương và tổn thương ngoại biên, ví dụ liệt VII trung ương và liệt VII ngoại biên.

Chức năng của hệ thần kinh được thực hiện bằng các hoạt động phản xạ từ đơn giản đến phức tạp - thông qua các trung tâm ở não và ở tủy sống cùng các loại đường dẫn truyền thần kinh.

Cơ quan bảo vệ và nuôi dưỡng hệ thần kinh xương, hộp sọ, đốt sống, màng não tủy với dịch não tủy, hệ thống tưới máu não tủy. Ứng dụng đặc điểm này trong triển khai các phương pháp thăm dò chức năng ở thần kinh: X quang sọ, cột sống, dịch não tủy, ghi điện não, điện cơ, chụp mạch não... chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ.

Luôn luôn chú ý tới vấn đề cơ bản của thần kinh về phát hiện sự thay đổi của các phản xạ gân xương, phản xạ da bụng và sự xuất hiện của phản xạ bệnh lý (chú ý kỹ thuật khám phát hiện).

2.2. Phát hiện các triệu chứng về lâm sàng

Cần đánh giá phát hiện triệu chứng phân tích cơ năng (hỏi bệnh) cũng như về triệu chứng thực thể (thăm khám) về các mặt phản xạ, vận động, thần kinh sọ.

Trên cơ sở đánh giá tập hợp hội chứng (triệu chứng tổng hợp) nhất là hội chứng tháp, hội chứng liệt ở thần kinh (liệt hai chi dưới, liệt nửa người...).

2.3. Sử dụng các phương tiện thăm dò chức năng

Về phương diện chuyên khoa, có nhiều phương pháp thăm dò: phương pháp thăm dò không nguy hại, phương pháp thăm dò có nguy hại.

Về phương diện thực hành đa khoa, chúng ta cần chú ý những xét nghiệm cơ bản như công thức máu, máu chảy - máu đông, máu lắng, urê huyết, đường huyết; dịch não tủy. Về phương diện sinh hóa và tế bào, đặc biệt chú ý tới phản ứng giang mai. Chụp X quang sọ và cột sống ở tư thế chuẩn.

Hiện nay có khuynh hướng không cần khám lâm sàng mà cho bệnh nhân đi chụp cắt lớp vi tính. Đó là sai lầm vì ngay ở Mỹ, Pháp cũng phải có lâm sàng rồi mới chụp cắt lớp vi tính...

2.4. Kết hợp phát hiện triệu chứng của các chuyên khoa khác

Như mắt, tai mũi họng, răng hàm mặt và nhất là trên cơ sở hệ nội (nội, nhi, truyền nhiễm). Ví dụ chứng nhức đầu có phạm vi rộng liên quan tới nhiều khoa như mắt (thị lực, thị trường), tai mũi họng (xoang), răng hàm mặt (đau răng...) K vòm họng; bệnh tim mạch, huyết áp, nhiễm độc ngoại sinh hay nội phát...

2.5. Chú ý tới đặc điểm của người bệnh

Chú ý tới tuổi, giới tính, nghề nghiệp, sinh hoạt... từ đó còn kết hợp tới đặc điểm bệnh lý. Ví dụ ở trẻ em, ở người có tuổi, ở vùng nhiệt đới (môi trường, viêm nhiễm, sốt rét, lao...).



2.6. Qua từng trường hợp cụ thể, đánh giá phát hiện tìm nguyên nhân

Phát hiện sớm kịp thời các biểu hiện thần kinh ở tuyến đa khoa còn góp phần cho công tác phòng bệnh ở thần kinh; từ đó cũng có tác dụng giúp đỡ cho công tác điều trị, phục hồi chức năng thần kinh.

3. Từ những đặc điểm trên

Ta thấy điều trị các chứng bệnh thần kinh trước hết là phải dựa trên hệ nội. Điều trị toàn diện, điều trị kết hợp: điều trị nội và điều trị ngoại khoa, điều trị nguyên nhân và điều trị triệu chứng, kết hợp thuốc men, ăn uống, nghỉ ngơi và điều trị tâm lý. Phục hồi chức năng thần kinh là nguyên tắc điều trị quan trọng nhất ở thần kinh thể hiện mối liên quan "Y tế - Xã hội - Giáo dục" với sự tham gia của nhiều ngành, nhiều người: thầy thuốc - người bệnh - gia đình - xã hội:

Điều trị cấp cứu ở thần kinh

Tất cả các trạng thái bệnh cấp cứu ở thần kinh ít nhiều đều có phù não, rối loạn thần kinh thực vật - do đó phải tiến hành hồi sức cấp cứu nội khoa về thần kinh.

Thường chú ý khẩn trương xử trí cấp cứu trạng thái hôn mê do căn nguyên thần kinh, trạng thái động kinh, tai biến mạch máu não, hội chứng não cấp do viêm não ở người lớn cũng như ở trẻ em.

- Điều trị các chứng bệnh co giật động kinh: nhiều thể loại, thuốc và theo dõi...
- Điều trị các chứng tăng động, múa giật...
- Điều trị bệnh não do rối loạn chuyển hóa nhất là rối loạn glucose, ion kali, rối loạn thiếu hụt vitamin B 1....
- Điều trị các chứng bệnh loạn trương lực: Parkinson, co cứng ngoại tháp.....
- Điều trị các chứng bệnh cơ - thần kinh: chứng bệnh nhược cơ
- Điều trị các bệnh nhiễm khuẩn thần kinh: viêm não, viêm màng não...
- Điều trị các chứng bệnh thoái hóa mất myelin
- Điều trị các chứng đau nhức ở thần kinh
- Điều trị một vài "trạng thái đặc biệt".

CÁC TRẠNG THÁI BỆNH CẤP CỨU Ở THẦN KINH

Các trạng thái bệnh cấp cứu ở thần kinh thường là những biểu hiện tổn thương cấp tính ở não, ở tủy sống (thường là những tổn thương đột quy với những rối loạn ý thức trầm trọng, rối loạn thần kinh thực vật nặng nề). Thường chú ý trước tiên tới những trạng thái bệnh lý cấp cứu sau: hôn mê, trạng thái động kinh, tai biến mạch máu não, hội chứng tăng áp lực trong sọ cấp tính có đe dọa biến chứng, hội chứng não cấp, viêm não, viêm tủy cấp, cơn nhược cơ cấp...

TRẠNG THÁI HÔN MÊ

Hôn mê là trạng thái bệnh lý cấp cứu có nhiều căn nguyên thuộc nhiều chuyên khoa khác nhau, biểu hiện trạng thái hoàn toàn mất ý thức, mất động tác chủ động, rối loạn tim mạch và những phản ứng đối với những kích thích bên ngoài.

1. Xác định một trường hợp hôn mê

1.1. Dựa vào những phân tích đánh giá đúng rối loạn ý thức cũng như các rối loạn vận động phản xạ, các rối loạn thần kinh thực vật. Cần phân biệt với trạng thái ngất xỉu, cơn ngủ say, loạn tâm căn Histeria. Tuy nhiên cũng cần chú ý tới cơn ngủ say trong viêm não, có thể là giai đoạn đầu của hôn mê trong viêm não.

1.2. Cần đánh giá mức độ hôn mê để tiên lượng và điều trị

Về phương diện lý thuyết, thường phân định hôn mê qua 5 giai đoạn lâm sàng và điện não đồ của hôn mê

Trên thực tế, có thể phân định hôn mê theo thang điểm Glasgow, có thể phân biệt mức độ hôn mê với ba mức độ rối loạn chức năng ở vỏ não, ở dưới vỏ, ở thân não và tủy sống xem bảng 1.

Bảng 1

Mức độ hôn mê	Tiếp xúc	Phản ứng lại kích thích	Phản xạ gân xương	Phản xạ ánh sáng	Rối loạn thực vật
Hôn mê nhẹ	Chạm	++	+	+	0
Hôn mê trung bình	mất	(+) ► (±)	±	+	(chậm)
Hôn mê sâu	mất	-	-	-	(+) ► (+++)



1.3. Hôn mê có thể do nhiều nguyên nhân: cần phân tích kỹ qua hỏi bệnh, qua phân tích và tổng hợp các triệu chứng thần kinh về lâm sàng và về thăm dò chức năng (điện não, vang não)... Trên thực tế, cần phân định hôn mê của thần kinh thường gặp trong động kinh, hội chứng tăng áp lực trong sọ, u não, hội chứng não cấp, viêm não.

2. Nguyên tắc điều trị trạng thái hôn mê

2.1. Đánh giá đúng và kịp thời các rối loạn tim mạch, huyết áp, nhịp thở và nhiệt độ. Chú ý các xét nghiệm đường huyết, urê huyết, X quang phổi và tìm ký sinh trùng sốt rét.

2.2. Chống phù não, giảm phản ứng vận mạch: glucose 30%, mannitol 20%, novocain 1%

2.3. Chống nhiễm khuẩn: chống nhiễm khuẩn do ứ đọng ở đường tiết niệu và chống loét...

2.4. Trợ lực cơ thể bằng các loại vitamin

2.5. Điều trị một số triệu chứng khác nếu có: chống co giật, hạ nhiệt, an thần.

Ngoài ra, phải chú ý tới việc theo dõi và hộ lý người bệnh, vấn đề dinh dưỡng của người bệnh (ăn bằng ống thông qua đường tiêu hóa).

Đồng thời phải khẩn trương làm các xét nghiệm cùng các thăm dò chức năng thần kinh để tìm và điều trị nguyên nhân. Hoặc có cơ sở để tiến hành cho thuốc có tác dụng phục hồi ý thức trong hôn mê, điều chỉnh nhiệt độ và glucose huyết, điều hoà được trạng thái đói và khát, trạng thái thức và ngủ.

2.6. Tiến hành thường xuyên thở bằng kiềng toan, thở bằng nước và các chất điện giải

2.7. Sẵn sàng các kỹ thuật cấp cứu như hô hấp trợ lực, khai thông đường hô hấp (hút đàm dãi cho thở oxy ngắt quãng, mở khí quản, sử dụng máy thở...), các kỹ thuật tiêm truyền.

2.8. Nghiên cứu sử dụng một số kỹ thuật phục hồi chức năng, hỗ trợ cho hô hấp, dinh dưỡng.... (vỗ, gõ ổ lưng, bụng...)

TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH VÀ CƠN ĐỘNG KINH LIÊN TỤC

1. Trạng thái động kinh và động kinh liên tục

Là những biểu hiện bệnh lý cấp cứu của chứng bệnh động kinh. Trạng thái động kinh là có nhiều cơn xảy ra ở người bệnh trong tình trạng hôn mê, còn động kinh liên tục là có nhiều cơn động kinh trong ngày, nhưng giữa các cơn người bệnh tỉnh không có rối loạn ý thức.

a. Thường là những biểu hiện co giật ở toàn bộ cơ thể, có thể bắt đầu giât cục bộ nhưng nhanh chóng toàn bộ hóa.

b. Nếu không được điều trị kịp thời thì người bệnh sẽ lâm vào tình trạng nặng, hỗn loạn thực vật nhiều, phù não nặng và người bệnh dễ tử vong do trụy tim mạch.

c. Thường do áp xe não, u não độc tính, tai biến mạch máu não, dị dạng mạch não, hội chứng não cấp, viêm não ở người lớn cũng như ở trẻ em; đặc biệt ở Việt Nam, còn do không được điều trị đúng mức các cơn động kinh, lại dùng các thuốc như long não, sâm...

2. Nguyên tắc điều trị trạng thái động kinh và động kinh liên tục

- Bằng mọi cách cắt được cơn động kinh
- Trợ tim mạch
- Chống phù não, giảm phản ứng vận mạch
- Tuỳ trường hợp cụ thể, tiến hành, ví dụ chống nhiễm khuẩn và sẵn sàng các kỹ thuật cấp cứu.

3. Điều trị trạng thái động kinh

3.1. Ngay lập tức: tiêm bắp seduxen (Diazepam...), 0,50, hoặc thầy thuốc trực tiếp tiêm theo dõi qua đường tĩnh mạch (theo dõi tím tái, rối loạn nhịp thở).

Hoặc tiêm phenobacital 0,20 x 1 ống tiêm bắp.

Nếu sau 15 phút vẫn còn cơn, có thể tiêm thêm 1 ống nữa, hoặc Seduxen, hoặc phenobacital. Có thể cho thêm hỗn hợp:

Aminazin 0,025mg với Pipolphen 0,050mg tiêm bắp

Nếu cơn vẫn còn mạnh, có thể dùng nesdonal, penthothal (thiopental)...

Nếu cơn vẫn còn, có thể, sau khi soi đáy mắt không có chống chỉ định thì tiến hành chọc dò sống thất lưng lấy dịch não tủy.



3.2. Cho truyền nhỏ giọt hỗn dịch sau

Dung dịch glucose 30% x 200-400ml.

Novocain 1% x 40ml

Pipolphen 0,02 x 1 ống

Nikethamid 0,0375 x 1 ống

Tiêm truyền nhỏ giọt tĩnh mạch XXX giọt/phút

3.3. Nếu có sốt cần cho thêm thuốc hạ nhiệt, kháng sinh nếu cần, hoặc trợ hô hấp, thở oxy ngắt quãng

3.4. Tiếp tục nghiên cứu về triệu chứng khu trú như cơn quay mắt, quay đầu, liệt nửa người, đồng thời chú ý thêm về tính chất cơn co giật.

3.5. Tiếp tục điều trị trợ lực, nâng cao thể trạng người bệnh, vấn đề dinh dưỡng....

3.6. Xử trí tiếp theo nguyên nhân

TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

Tai biến mạch máu não là phần quan trọng của bệnh lý mạch máu não, là loại bệnh thường gặp trong thực hành đa khoa.

Tai biến mạch máu não là rối loạn tuần hoàn não cấp tính, biểu hiện chung là cơn đột quỵ điển hình (do tăng huyết áp, xơ cứng mạch não, các loại bệnh khác), ngoài ra còn có triệu chứng khác tùy theo nguyên nhân, đặc điểm quá trình bệnh và tổn thương.

1. Xác định một trường hợp tai biến mạch máu não

1.1. Dựa vào cơn đột quỵ, hôn mê có liệt nửa người nhất là ở người có tuổi (50-60-70 tuổi), có tiền sử rối loạn huyết áp (tăng huyết áp, huyết áp bất định...) xơ cứng mạch máu não hoặc ở người trẻ tuổi có bệnh tim mạch (hẹp van hai lá), hoặc có tiền sử giang mai...

1.2. Cần phân định đột quỵ của những tổn thương cấp tính khác ở não: u độc tính ở não hay u di căn từ nơi khác tới (ung thư phổi, ung thư dạ dày...) hội chứng não cấp, viêm não ở người lớn hoặc những bệnh viêm nhiễm khác như viêm màng não cấp tính do lao (viêm màng não do lao).

2. Trong thời gian đầu, nhanh chóng phân biệt tai biến mạch máu não do chảy máu, do huyết khối nghẽn mạch não hay lấp mạch não.

Phân biệt chảy máu não và nhồi máu não (chú ý bảng phân loại của Schmidt)

3. Trên cơ sở đó, tìm nguyên nhân của chảy máu não

Chú ý tìm các nguyên nhân dị dạng mạch não, phình mạch não; các nguyên nhân của huyết khối, nghẽn mạch não, lấp mạch não.

4. Theo dõi đánh giá kỹ các biểu hiện của rối loạn thần kinh thực vật để có thể quyết định điều trị được cụ thể hơn: các "hạn hai ngày"; "hạn mười ngày".

4.1. Đặc biệt chú ý tới trường hợp người bệnh tỉnh vài ngày rồi lại đi vào hôn mê: "hôn mê tiến triển" biểu hiện một tụ máu trong não (điều trị phẫu thuật).

4.2. Theo dõi nhiệt độ, nhịp thở, ứ tiết đờm dãi, tư thế nằm, có thể gây nên nhiễm khuẩn thứ phát...

5. Nguyên tắc điều trị tai biến mạch máu não

Trong giai đoạn cấp tính, điều trị tai biến mạch máu não nói chung giống nhau. Điều trị tai biến mạch máu não đòi hỏi phải khẩn trương, trước hết cần chú ý một số điểm sau:

- Không điều trị kịp thời một cách quá mạnh mẽ dễ gây tai biến thêm:
- Phải bằng mọi cách thông khí cho người bệnh.
- Cần chú ý giảm phản ứng vận mạch chống phù não.
- Phải nâng cao sức đề kháng của cơ thể người bệnh nhất là vấn đề dinh dưỡng.
- Luôn luôn chú trọng tới công tác hộ lý vệ sinh để phòng nhiễm khuẩn thứ phát.
- Theo dõi kỹ, sớm có điều trị theo nguyên nhân đồng thời sớm phục hồi chức năng thần kinh cho người bệnh.

6. Điều trị tai biến mạch máu não

Điều trị tai biến mạch máu não trước hết là hồi sức cấp cứu nội khoa, bao gồm:

6.1. Thông khí cho người bệnh

- Luôn luôn chú ý tới trợ lực hô hấp và tuần hoàn cần sẵn sàng đặt nội khí quản nhất là các trường hợp hôn mê có rối loạn nhịp thở (nhịp thở Cheynes - Stokes...).
- Cho thở oxy 10-15 phút và cho thở ngắt quãng.
- Thuốc trợ tim mạch...



6.2. Trợ lực cho cơ thể

- Thăng bằng nước và các chất điện giải (dung dịch kiềm...).
- Dung dịch mặn ngọt đẳng trương: cần phải chú ý đưa vào cơ thể với lượng theo nhu cầu (ví dụ 1000-2000ml hàng ngày) - nhất là các trường hợp có sốt cao, mất nước do nôn mửa.
- Các loại vitamin nhóm B: vitamin B₁, B₆, B₁₂.
- Sớm cho người bệnh ăn qua ống thông vào đường tiêu hóa.

6.3. Chống nhiễm khuẩn thứ phát bằng các loại thuốc trụ sinh

6.4. Chống phù não, giảm phản ứng vận mạch

6.5. Theo dõi người bệnh

Trong những ngày đầu, cần theo dõi một cách thường xuyên về huyết áp, nhiệt độ và nhịp thở; chú ý các trường hợp có huyết áp dao động, dễ thay đổi; phát hiện kịp thời các loại rối loạn nhịp thở, kiểu thở.

Theo dõi và đánh giá kịp thời các thay đổi ví dụ như glucose huyết, urê huyết.

6.6. Công tác chăm sóc, hộ lý

Sớm cho người bệnh ăn qua ống thông vào đường tiêu hóa

Cần giữ vệ sinh một cách nghiêm túc: ngăn ngừa các bệnh nhiễm khuẩn thứ phát: luôn giữ vệ sinh răng miệng, vệ sinh đường hô hấp trên (hút đờm dãi, thông khí), tư thế người bệnh.

Phòng chống loét: phòng loét bằng cách kích thích dinh dưỡng (xoà, vỗ...), bằng cách từng thời gian thay đổi tư thế của người bệnh (đệm chống loét).

Nếu loét, thường xuyên băng rửa vết loét và cho thuốc trụ sinh.

Phòng chống nhiễm khuẩn đường tiết niệu: thông xoà, gõ bàng quang khi có cầu bàng quang cần thiết phải rửa bằng dung dịch có acid boric.

6.7. Điều trị nguyên nhân

Phải phát hiện sớm các nguyên nhân có chỉ định ngoại khoa, tiếp đó là các nguyên nhân từ bệnh nội (tim - mạch, tăng huyết áp...) và các bệnh nhiễm khuẩn.

6.8. Huấn luyện động tác giảm nhẹ triệu chứng

Sau khi đã loại trừ các nguyên nhân có chỉ định phẫu thuật, cần tiến hành sớm phục hồi chức năng cho người bệnh...

HỘI CHỨNG TĂNG ÁP LỰC TRONG SỌ

Hội chứng tăng áp lực trong sọ là hội chứng trong đó dịch não tủy bị ứ đọng ở các não thất gây đè ép vào các chức năng thần kinh như vận động, cảm giác, giác quan. Hội chứng tăng áp lực trong sọ cấp tính là những biến chứng của hội chứng này.

1. Xác định một trường hợp hội chứng tăng áp lực trong sọ cấp

Nhức đầu dữ dội, nôn mửa và phù gai nặng nề, các rối loạn mạch và các hội chứng khu trú ở mức độ khác nhau tùy tính chất và vị trí tổn thương.

1.1. Có thể có biểu hiện biến chứng đè - ấn - dọ lọt với hội chứng Weber cơn hố sau, cơn cứng mắt não, cứng mắt vỏ.

1.2. Thường chú ý nguyên nhân u não (u hố sau...) áp xe não, viêm dày dính ở não (viêm màng nhện ở não, viêm màng nhện vùng hố sau...).

2. Nguyên tắc điều trị hội chứng tăng áp lực trong sọ

Tập trung điều trị chống phù não.

Theo dõi diễn biến mạch, nhịp thở để quyết định phẫu thuật giải thoát.

Nên để người bệnh ở tư thế nằm đầu thấp, tránh di chuyển người bệnh.

Song song cần đánh giá các triệu chứng thần kinh khu trú để nhận ra tổn thương ở trên lều hay ở dưới lều (hố sau).

3. Điều trị hội chứng tăng áp lực trong sọ cấp tính

- Tập trung chống phù não làm giảm áp lực dịch não tủy

+ Dung dịch glucose 30% x 400ml

+ Novocain 1% x 40ml

Tiêm truyền nhỏ giọt tĩnh mạch XXX giọt/phút

Hoặc

+ Dung dịch mannitol 20% x 400ml

+ Novocain 1% x 40ml

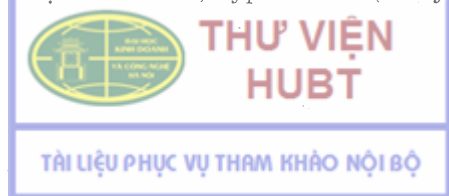
Tiêm truyền như trên

Hoặc

+ Có thể dùng glycerin (glycerol) uống

Hoặc

+ Cho các chất lợi tiểu: lasix, hypothiazid (chú ý chất điện giải).



Hoặc

- + Dung dịch magiê sulfat 15% x 15-20ml tiêm tĩnh mạch
- + Cho các thuốc kháng viêm: depersolon, desamethason, bêtamethason trong trường hợp có căn nguyên viêm nhiễm
- Trợ tim mạch, trợ hô hấp trong trường hợp cần thiết.
- Theo dõi: theo dõi các cơn hố sau, theo dõi mạch, nhiệt độ, nhịp thở, nhất là những thay đổi về mạch vào lúc nửa đêm về sáng.

Chú ý đến tư thế nằm của người bệnh nhất là những trường hợp có cơn hố sau: để người bệnh nằm đầu thấp (nên kê phía chân giường cao hơn và không nằm có gối đầu). Tránh quay đầu người bệnh hay nâng người bệnh ngồi dậy. Tránh di chuyển người bệnh một cách đột ngột

HỘI CHỨNG NÃO CẤP - VIÊM NÃO B Ở TRẺ EM

Viêm não là một mục đề quan trọng của nhiễm khuẩn thần kinh. Có thể có viêm não nguyên phát và viêm não thứ phát.

Viêm não nguyên phát - thường gặp ở trẻ em vào các tháng 5,6 đến tháng 7,8 hàng năm và là viêm não Nhật Bản (Viêm não B). Viêm não ở người lớn thì ngược lại, ở tất cả các tháng và thường không phát triển rầm rộ.

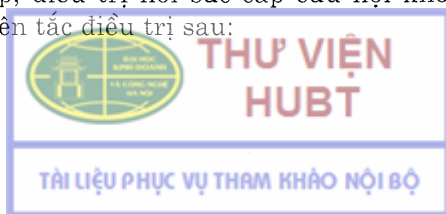
1. Xác định một trường hợp viêm não Nhật Bản ở trẻ em

Có thể dễ, có thể cũng khá khó hơn. Trường hợp dễ một khi đúng vào vụ dịch, hoặc chẩn đoán thô sơ để đơn thuần giải quyết triệu chứng.

- a. Dựa vào dịch tễ: vùng dịch, tháng 6,7,8 muỗi *Culex tritaeniorrhynchus*.
- b. Biểu hiện đột ngột với kích thích rối loạn tâm lý, với biến đổi nhanh của tổn thương kích thích và huỷ hoại các chức năng tiếp thu và giải đáp.
- c. Có các biến động của phản ứng huyết thanh chẩn đoán viêm não Nhật Bản (thường cho kết quả muộn).
- d. Cần chú ý phân định với hội chứng não cấp của u não, áp xe não, của các bệnh não do rối loạn chuyển hóa (rối loạn chuyển hóa Na, glucose huyết. ...), nhất là bệnh phổi cấp ở trẻ em.

2. Nguyên tắc điều trị hội chứng não cấp khả nghi viêm não Nhật Bản ở trẻ em

Ở giai đoạn cấp, điều trị hồi sức cấp cứu nội khoa chống viêm não B, đảm bảo những nguyên tắc điều trị sau:



- Chống phù não, giảm phản ứng vận mạch.
- Trợ tim mạch, trợ hô hấp, chống rối loạn thần kinh thực vật.
- Chống nhiễm khuẩn.
- Thăng bằng nước và các chất điện giải.
- Trợ lực cho cơ thể trẻ, và kịp thời điều trị một số triệu chứng khác như sốt cao, co giật...

3. Điều trị hội chứng não cấp khả nghi viêm não B ở trẻ em

- Trong vài ngày đầu, khi bệnh nhi còn hôn mê, cần tập trung chống phù não, trợ tim mạch, chống xuất tiết làm giảm phản ứng thực vật và chống bội nhiễm bằng cách cho tất cả các thuốc trên vào dung dịch tiêm truyền nhỏ giọt tĩnh mạch (nên cho tốc độ XX giọt/phút).

- + Dung dịch glucose 10% - 15% x 2-3ml/kg cân nặng.
- + Novocain 1% x 1-2 ml/kg cân nặng
- + Pipolphen 1-2ml/kg cân nặng
- + Depersolon 30mg
- + Nikethamid 0,375
- + Vitamin C, 0,500g
- + Penicillin 1-2.000.000đv
- + Streptomycin 0,025/kg cân nặng
- + Trường hợp không dùng được penicillin thay bằng ampicillin, 0,025g/kg cân nặng

- Thăng bằng nước và điện giải chú ý cho truyền dung dịch mặn ngọt đẳng trương, dung dịch bicarbonat xen kẽ, tổng liều 1000-1500ml/ngày.

- Trợ lực những chất cần thiết: acid amin, truyền máu khi hết sốt, vitamin các loại nhất là vitamin nhóm B.

- Theo dõi xử trí những triệu chứng khác như sốt cao thì cho hạ sốt bằng thụt sirop đơn, aspirin qua đường hậu môn, thuốc kháng động kinh nếu có cơn động kinh; thở oxy ngắt quãng nếu có rối loạn nhịp thở; giải quyết cầu bàng quang bằng cách xoa - ấn - gõ vùng dưới rốn; chống loét và đề phòng bội nhiễm.

- Cho tăng cường dinh dưỡng bằng cách cho ăn qua đường ống thông vào dạ dày (chú ý ngay khi bệnh nhi đã bớt các rối loạn thần kinh thực vật).

- Sớm tiến hành phục hồi chức năng về vận động cũng như là dinh dưỡng chống loét.

HỘI CHỨNG VIÊM NÃO Ở NGƯỜI LỚN

Viêm não ở người lớn xảy ra quanh năm và thường gặp ở những người trẻ tuổi và trung niên. Là vấn đề thời sự của nhiễm khuẩn thần kinh.

1. Nghĩ tới một trường hợp viêm não ở người lớn

Thường dựa vào bắt đầu với rối loạn ý thức, rối loạn tâm thần, hoặc bằng các biểu hiện tổn thương kích thích hay tổn thương huỷ hoại các chức năng tiếp thu và giải đáp với các hội chứng thần kinh và tâm thần một cách đa dạng, thay đổi luôn từ vị trí này sang vị trí khác của cơ thể người bệnh (do phù não) cũng diễn biến của nhiều thể loại hội chứng. Cần nhanh chóng tiến hành các xét nghiệm: thăm dò chức năng, xét nghiệm cơ bản, urê huyết, glucose huyết, điện não đồ.

Cần luôn luôn phân định để loại trừ:

- Các bệnh viêm màng não do vi khuẩn, lao...
- Bệnh não cấp tính xảy ra sau các bệnh nhiễm khuẩn (thương hàn, sốt phát ban, sốt xuất huyết), bệnh ký sinh trùng (sốt rét...).
- Bệnh não do rối loạn mạch máu não: tắc mạch, nghẽn mạch
- U não, áp xe não.

2. Nguyên tắc điều trị hội chứng viêm não ở người lớn

Chống phù não, giảm phản ứng vận mạch

Trợ tim mạch, trợ hô hấp, chống rối loạn thần kinh thực vật.

Chống nhiễm khuẩn: các thuốc kháng viêm mạnh

Thăng bằng nước và các chất điện giải.

Trợ lực cho cơ thể người bệnh và kịp thời điều trị một số triệu chứng khác như sốt cao, co giật, rối loạn tâm thần.

Sớm phục hồi chức năng về vận động và về tâm lý.

3. Điều trị hội chứng viêm não ở người lớn

Tuỳ theo mức độ rối loạn ý thức của người bệnh, mức độ rối loạn thần kinh thực vật (sốt cao, mạch nhanh, huyết áp tăng, vã mồ hôi, cơn nấc, phản ứng vận mạch...) các cơn tăng động nhiều thì cần phải nhanh chóng tiến hành hồi sức cấp cứu nội khoa về viêm não; và tuỳ tình hình tiếp sau của người bệnh để quyết định số ngày truyền.

- Dung dịch glucose 20% x 400ml



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Hoặc

- + Mannitol 20% x 400ml
- + Novocain 1% x 40ml
- + Pipolphen 0,02 - 5g x 1-2 ống
- + Depersolon 30mg

Hoặc

- + Betamethason, dexamethason.

Tiêm truyền nhỏ giọt tĩnh mạch XXX - Xl giọt/phút

- + Penicillin 2-3.000.000 đv.

Hoặc

- + Ampicillin 1,0g

- Thăng bằng nước và các chất điện giải: chú ý dung dịch mặn ngọt đẳng trương, dung dịch bicarbonat xen kẽ với tổng liều 1500-2000ml/ngày.

- Trợ lực bằng những chất cần thiết: acid amin (alvesin, moriamin) 500ml cách ngày. Có thể cho truyền máu ngay khi hết sốt, cho vitamin nhóm B.

- Tăng cường dinh dưỡng não bằng các thuốc như cavinton: truyền dịch cavinton trong trường hợp có hội chứng thấp nặng. Cho các thuốc giúp phục hồi ý thức như centrophe-noxin (Lucidril...). Chống tăng động xoắn vận (mydocalm...).

- Cần thiết chống co giật, chống loét dinh dưỡng, chống rối loạn cơ tròn.
- Sớm cho ăn qua ống thông vào dạ dày.
- Sớm phục hồi chức năng vận động và chức năng tâm lý.

CƠ NHƯỢC CƠ CẤP

Cơ nhược cơ cấp - là thể cấp cứu của bệnh nhược cơ, (xem từ nhược cơ) thường gặp ở những trường hợp giai đoạn cuối của bệnh, ở những trường hợp u tuyến ức ác tính, ở một số phụ nữ có bệnh này lại có thai sản.

1. Xác định cơ nhược cơ cấp

Thường thấy người bệnh có rối loạn hô hấp nặng với "bộ mặt nhược cơ" (mi mắt sa...) mỗi toàn bộ các cơ ở cơ thể, không thể đi đứng cất nhắc, cử động chân tay.



Cần sớm xác định xử trí kịp thời tránh nguy cơ tử vong...

Cần phân định với những trường hợp khó thở của nhiều căn nguyên khác (các bệnh nội khoa, bệnh phổi), các biểu hiện nghẹn đặc sắc lỏng của các chứng bệnh khác. Có thể đánh giá qua nghiệm pháp prostigmin 1,5mg tiêm bắp.

2. Điều trị cơn nhược cơ cấp

Tăng cường kết hợp điều trị nội và ngoại khoa tùy theo tình trạng nặng của người bệnh.

Điều trị bằng ACTH kết hợp với mở khí quản để tiện xử trí khi tình huống nặng xảy ra. Hoặc điều trị bằng prednison kết hợp với prostigmin và sẵn sàng có máy hô hấp trợ lực.

Điều trị phẫu thuật, cắt bỏ tuyến ức.

- Thuốc

Prostigmin: cho loại ống tiêm 0,5mg x 2 -3 ống/ngày tiêm bắp, trước đó nên tiêm bắp atropin 1/4mg.

Prednison 0,005 x 8-10 viên/ngày.

Có thể dùng dexamethason, hay tốt hơn là dùng betamethason cho 1 ống tiêm dưới da.

Nâng cao thể trạng người bệnh: truyền dịch cho người bệnh với dung dịch mặn ngọt đẳng trương.

- Có thể cho ăn qua ống thông vào dạ dày.
- Sẵn sàng máy hô hấp trợ lực.
- Cyclosporin, điều trị như bệnh tự miễn; lọc huyết tương...

VIÊM TỤY CẤP

Viêm tụy cấp thường là thể viêm tụy toàn bộ tiến lên (thể lan dry) là một loại bệnh trầm trọng, cần phải khẩn trương cấp cứu.

1. Xác định một trường hợp viêm tụy cấp thường dựa vào

Biểu hiện tổn thương đột ngột quy hai chi dưới, có khuynh hướng lan lên hoặc liệt tứ chi ngay từ đầu, có rối loạn vận động và cảm giác cùng rối loạn dinh dưỡng cơ tròn ở tụy. Thường có khuynh hướng lan lên trên tụy cổ với rối loạn nhịp thở và dễ tử vong.



Cần phân định với các tổn thương viêm sừng trước tủy cấp, viêm nhiều rễ dây thần kinh kiểu Guillain Barré, viêm nhiều dây thần kinh.

2. Điều trị viêm tủy cấp

Là một loại bệnh cấp, cần khẩn trương điều trị, nên chú ý một số nguyên tắc sau:

Chống phù tủy, giảm phản ứng vận mạch trong những trường hợp liệt mềm hai chi dưới, tiến triển lên liệt ở một hay hai tay.

Chống viêm nhiễm, kháng sinh, kháng viêm.

Chống loét và chống rối loạn cơ tròn.

Tiến hành phục hồi chức năng thần kinh ngay trong giai đoạn cấp.

2.1. Trường hợp nặng, có phù tủy tiến triển

Truyền dung dịch chống phù tủy

Dung dịch glucose 30% x 200-400ml. Truyền nhỏ giọt tĩnh mạch XXX - XL giọt/phút.

Novocain 1% x 20ml

Depersolon 30mg

Nikethamid 0,375

Kháng sinh: ampicillin 1,0g

2.2. Nói chung cần theo một liệu trình sau

- Cho kháng sinh biomylin 1,0g (Ampicillin); uống/tiêm trong ngày.
Prednisolon 6-8viên/ngày. Chú ý ngăn ngừa biến chứng
- Có thể tiêm qua đường ống sống vào dịch não tủy: hydrocortison (hydrocortancyl) 25-50ml/ngày x 2-3 lần/tuần.
Vitamin nhóm B: vitamin B1 0,025 x 10 ống/ngày.
Vitamin B₆ 0,025 x 4 ống/ngày.
Vitamin B₁₂ 1000-2000 µg/ngày.
- Chống loét và chống rối loạn dinh dưỡng cơ tròn: thay đổi tư thế nằm tỷ đề, xoa vỗ... những nơi cơ thể tiếp xúc với mặt giường.
- Theo dõi hiện tượng phục hồi tủy và sớm phục hồi chức năng về vận động.

CÁC CHỨNG BỆNH THƯỜNG GẶP Ở THẦN KINH

I. ÁP XE NÃO

Là khối choán chỗ có tính chất nhiễm khuẩn ở trong não.

1. Nhận ra áp xe não trên cơ sở các dấu hiệu nhiễm khuẩn

Hội chứng tăng áp lực trong sọ với các biểu hiện kích thích và huỷ hoại ở não. Chú ý tìm các ổ nhiễm khuẩn ở vùng sọ mặt, ở phổi.

Cần phân định với viêm nhiễm ở giai đoạn đầu của áp xe não (chưa hình thành vỏ bọc...); cũng cần cảnh giác tới áp xe nhiều ổ (triệu chứng cũng lan toả rải rác) nên kết hợp với các phương pháp thăm dò chức năng (X quang sọ, vang não, điện não đồ... chụp cắt lớp vi tính).

2. Điều trị

- Ở giai đoạn đầu: tăng cường kháng sinh, kháng viêm và chống phù não, nâng cao thể trạng.
- Ở giai đoạn sau, điều trị phẫu thuật.

II. ÁP XE NGOÀI MÀNG CỨNG ỐNG SỐNG

Là một khối choán chỗ, làm mủ ở ngoài màng cứng thường ở đoạn lưng, thất lưng.

1. Chẩn đoán

1.1. Nghi tới áp xe ngoài màng cứng ở người bệnh có sốt cao, có biểu hiện nhiễm khuẩn (có thể có nhiễm độc) toàn thân, có đau ở phía sau lưng, ở nơi tổn thương.

Có thể có liệt hai chi dưới, thường là liệt mềm hai chi dưới.

Có thể có thay đổi ở dịch não tủy.

1.2. Cần phân định với các nguyên nhân ép tuỷ khác nhất là sau sang chấn, lao đốt sống (thời kỳ ép rõ)

2. Điều trị

Tăng cường kháng sinh: ampicillin 1-1,5g/ngày trong 10 ngày.

Điều trị phẫu thuật khi có ép tuỷ.

BẠI LIỆT

Bại liệt là bệnh gây nên do virus bại liệt phạm vào sừng trước tủy sống gây nên viêm sừng trước tủy cấp, gây thành dịch.

1. Nhận ra bại liệt

Thường gặp ở trẻ em 1-2 tuổi đến 5-6 tuổi, xảy ra đột ngột sau vài ngày sốt, liệt không đối xứng vào một số nhóm cơ, dẫn tới teo cơ, không có rối loạn cảm giác. Liệt mềm hai chi dưới.

Cần phân định với các bệnh liệt hai chi dưới do tổn thương ngoại biên.

2. Điều trị

- Nếu ở giai đoạn cấp, cần cho bệnh nhi nằm yên. Cho thuốc an thần, giảm kích thích. Theo dõi diễn biến tiến triển thành thể liệt tiến lên Landry. Sớm tiến hành phục hồi chức năng thần kinh.
- Chú ý tới công tác phòng bệnh: uống vaccin, phát hiện sớm ổ dịch.
- Chú ý thể thân não của bệnh bại liệt: Virus bại liệt xâm phạm vào thân não và thường gây liệt VII ngoại biên ở hai bên.

BỆNH ALZHEIMER

Bệnh Alzheimer là bệnh thoái hóa - teo não ở người cao tuổi.

1. Là loại bệnh do Alois Alzheimer mô tả (1864-1945) lần đầu tiên vào năm 1907 là bệnh thoái hóa - teo não, thường gặp ở người từ 60 tuổi trở lên.

1.1. Tỷ lệ mắc là 5% ở quãng tuổi 65, và 20% cho người trên 85 tuổi. Có một số yếu tố nguy cơ quan trọng như tiền sử gia đình (đột biến gen), sang chấn sọ, trầm cảm, trình độ văn hóa

1.2. Có những biến đổi thoái triển - teo não ở các vùng của não, đặc biệt ở vùng thái dương, ổ hồi hải mã, vùng trung gian giữa, hồi viễn, vùng Sylvius...

1.3. Về vi thể, có sự thoái hóa tơ - thần kinh ở quần thể neuron, nhất là ở vùng thái dương, hồi hải mã và các thoái hóa tủa cùng thần kinh bao quanh protein amyloid ở vùng vỏ não mới.



2. Biểu hiện

Biểu hiện chung của bệnh Alzheimer là giảm, mất nhớ nặng dần lên, rối loạn tâm lý, rối loạn sự thích nghi trong đời sống hàng ngày và đời sống xã hội.

2.1. Suy giảm nhận thức nhẹ về trí nhớ

Giảm trí nhớ - quên, có thể ở khâu ghi nhớ, khâu lưu trữ hay khâu hồi ức... và có thể gặp ở người cao tuổi, ở người bệnh có nhồi máu não đa ổ, ở sang chấn sọ, ở người bệnh Alzheimer...

Có thể người bệnh quên sự việc - quên sự việc mới, quên thao tác nghề nghiệp, quên tên người thân, có người bệnh không tài nào gọi được tên người đang đứng trước mặt...

Có thể người bệnh thấy khó khăn nhớ lại những kỷ niệm quan trọng của bản thân, của gia đình và của xã hội.

2.2. Suy giảm nhận thức nhẹ - biểu hiện những rối loạn về ngôn ngữ, về tri giác và về thực vận

2.3. Sa sút trí tuệ. Từ suy giảm nhận thức phát triển thành sa sút trí tuệ nhanh hay chậm là tùy vào tác nhân gây bệnh: do tổn thương mạch máu, do teo thùy thái dương, thùy trán...

2.3.1. Có thể có rối loạn tâm lý trí tuệ tăng dần

Ngoài hiện tượng quên nặng, người bệnh không còn cảm xúc, hay nhắc lại chuyện cũ.

Có thể có mất thực vận - khó hay không biết sử dụng các động tác quen thuộc hàng ngày ví dụ động tác mặc quần áo.

Có thể có rối loạn ngôn ngữ với nhiều dạng khác nhau tùy theo tổn thương ở vùng trán hay vùng thái dương.

Có thể có mất nhận thức thị giác.

2.3.2. Các biểu hiện trên ngày càng tăng và người bệnh khó đáp ứng lại các hoạt động nghề nghiệp và hoạt động xã hội.

Có những rối loạn về trương lực, về dinh dưỡng, về cơ tròn.

2.3.3. Người bệnh ở trạng thái lú lẫn mất định hướng về thời gian và không gian, về quan hệ bản thân và xã hội; có rối loạn với mức độ khác nhau về mất ngôn ngữ, mất thực vận, mất nhận thức.

Có thể có những cơn hoang tưởng ảo giác, khuynh hướng tấn công, hưng cảm hoặc vô cảm.

3. Điều trị bệnh Alzheimer là vấn đề nan giải

3.1. Nan giải vì có khá nhiều lý thuyết về cơ chế tác động của thuốc, một phần vì tình trạng của người bệnh (già yếu chịu đựng, đa bệnh lý...).

3.2. Cần sớm nhận ra chứng suy giảm nhận thức nhẹ để điều trị kịp thời

Chú ý tới những hiện tượng quên nặng .

3.2.1. Thuốc cải thiện tuần hoàn não

Có thể dùng cavinton, piracetam, nootrotyl

3.2.2. Yếu tố dinh dưỡng thần kinh, có thể ngăn chặn hoặc làm chậm quá trình thoái hóa neuron

Kinh nghiệm dân gian - có thể cho người bệnh ăn óc lợn. Chế biến óc lợn: bỏ hết "màng máu" sau đó cho óc tần cùng ngải cứu. Cho người bệnh ăn 2-3 lần trong tuần.

3.2.3. Ginkgo biloba

Giloba có tác dụng tăng tuần hoàn não, làm giảm nguy cơ huyết khối và bảo vệ tế bào thần kinh, cải thiện khả năng nhận thức và trí nhớ. Cho người bệnh uống 2-3 viên/ngày.

3.2.4. Vitamin E

Có tác dụng làm chậm quá trình thoái hóa mất myelin. Ngày uống 1 viên nang (400 đv)

3.3. Phục hồi chức năng tâm lý, đồng thời tạo sự cân bằng giữa ăn uống và nghỉ ngơi nhằm nâng cao sức khỏe toàn diện cho người bệnh.

BỆNH PARKINSON

Parkinson là chứng bệnh do tổn thương nhân xám trung ương - hội chứng thể vận cũ.

1. Xác định chứng Parkinson

Dựa vào hiện tượng run, tăng trương lực (động tác bánh xe răng cưa, co cứng ngoại tháp...) và giảm động tác, có tăng phản xạ đường giữa phản xạ giữa mu, phản xạ giữa mi.

Phân biệt bệnh Parkinson (do thoái hóa thể vận cũ, ở người cao tuổi) với hội chứng Parkinson của viêm não, u não, rối loạn mạch máu não cũng như rối loạn của các bệnh thoái hóa chung ảnh hưởng tới đường vòng thể vận cũ.



2. Điều trị

a. *Điều trị chứng Parkinson*: theo từng nguyên nhân cụ thể.

b. *Điều trị bệnh Parkinson*

Hiện nay có nhiều loại thuốc chữa bệnh Parkinson, đồng thời cũng có nhiều tiến bộ kỹ thuật trong điều trị phẫu thuật bệnh này.

Có nhiều loại thuốc, tùy theo cơ chế hóa học với tác động kìm hãm hoặc hoạt hóa, thực tế ở ta chỉ có thể dùng được một số dạng thuốc sau:

Cyclodol (trihexyphenidyl) 5-10mg/ngày. Chia làm hai lần uống.

Có thể phối hợp với meprobamat 0,40g x 1-2 viên/ngày, hoặc với seduxen (diazepam) 5mg x 1-2 viên/ngày.

Dopaflex 500-700mg/ngày

Sử dụng lý liệu pháp (điện nóng, tia hồng ngoại) ở chỗ co cứng cơ, phục hồi chức năng vận động về tâm lý.

BỆNH WILSON

Bệnh Wilson (còn gọi là bệnh Westphall Strumpell) là loại bệnh biểu hiện tăng động, loạn trương lực. Loại bệnh chủ yếu là rối loạn chuyển hóa chất đồng, do biến dị gen tự thể ẩn.

1. Chẩn đoán bệnh Wilson

Thường gặp ở tuổi trẻ với những rối loạn về cảm xúc, run giật chân tay, nhất là ở tay, rối loạn phát âm, nói, nuốt.

Có biểu hiện tăng trương lực ngoại tháp.

Tăng động phát triển ở toàn cơ thể: mồm, miệng, lưỡi, chân tay...

Rối loạn tâm trí: suy giảm trí tuệ

Có vòng Kayser - Flescher ở vùng viền giác mạc (vòng xanh do lắng đọng chất đồng).

Có biểu hiện thoái hóa gan. Về giải phẫu bệnh còn gọi là bệnh thoái hóa gan - nhân đậu. Do đó, trong thăm dò, cần đánh giá lượng đồng trong máu và Ceruloplasmin cũng như sinh thiết gan.

2. Điều trị

- Hạn chế chất ăn có nhiều đồng; gan, đồ biển....
- Corticoid, sulfat kẽm 100-200mg/ngày
- Phục hồi chức năng vận động: xoa bóp, bấm nắn



CHẢY MÁU MÀNG NÃO

Là một bệnh của tai biến mạch máu não (xem phần cấp cứu và ở bài tai biến mạch máu não).

Chảy máu màng não là một thể cấp tính của tai biến mạch máu não, có thể do nhiều nguyên nhân cần chú ý trước hết tới biến chứng của dị dạng mạch máu não (phình mạch não) ở người trẻ tuổi.

1. Biểu hiện chung

Có hội chứng màng não với dấu hiệu kích thích tháp hai bên: xác định qua chọc dò sống thất lưng lấy dịch não tủy có máu không đông (nghiệm pháp ba ống nghiệm).

- Cần phân định với những trường hợp phản ứng màng não của tổn thương hố sau (có hội chứng tăng áp lực trong sọ, phù gai thị...).

- Có nhiều nguyên nhân: sau sang chấn (thường là vài giờ sau sang chấn, khoảng tính với hội chứng tăng áp lực trong sọ; chú ý chảy máu - tụ máu ở vùng Gérard Marchant), do nhiễm khuẩn, nhiễm độc, do cơ địa chảy máu, do dị dạng mạch máu não.

Chú ý ở người trẻ tuổi: chảy máu màng não trong phình mạch não, ở người có tuổi trong xơ cứng mạch não (chậm, đôi khi có sang chấn nhẹ).

2. Điều trị

- Điều trị như tai biến mạch máu não...
- Điều trị phẫu thuật trong trường hợp chảy máu màng não do sang chấn sọ, các trường hợp dị dạng mạch máu não.

CHẢY MÁU NÃO

Là một bệnh cảnh của tai biến mạch máu não (xem ở phần cấp cứu)

CHẢY MÁU NÃO - MÀNG NÃO

Có hội chứng màng não và hội chứng não (kích thích hoặc huỷ hoại, gián đoạn) thường do tai biến mạch máu não, sang chấn, nhiễm khuẩn, nhiễm độc, biến chứng của các bệnh nội khoa (nhất là tim mạch) và nhiễm khuẩn chung.

Điều trị

Điều trị như tai biến mạch máu não.

CO GIẬT

Co giật là những cử động bất thường, ngoài ý muốn, biên độ cao. Cần phân biệt với chứng sốt - giật (co giật khi sốt cao) ở trẻ nhỏ. Co giật là những chứng bệnh của những tổn thương ở não, ở nhiều tầng khác nhau. Có nhiều loại co giật, chú ý trước tiên tới co giật của chứng bệnh động kinh (xem phần sau).

DỊ DẠNG Ở THẦN KINH

Có nhiều loại dị dạng ở thần kinh. Chú ý trước tiên tới dị dạng ở cột sống và dị dạng ở mạch máu não.

1. Dị dạng ở cột sống

Do sự phát triển không đều, không bình thường ở cột sống - trên thực tế thường chú ý đoạn sống cổ và đoạn sống thắt lưng.

1.1. Ở đoạn sống cổ: chú ý loại "xương sườn cổ" nghĩa là mỏm ngang của đốt sống cổ phát triển dài thành một xương sườn. Dị dạng này gây rối loạn cảm giác, rối loạn vận mạch và rối loạn vận động ở vùng gáy, bả vai, và tay.

1.2. Ở đoạn thắt lưng, chú ý tới gai đôi (spina bifida), cùng hóa và thắt lưng hóa (thường chú ý cỡ S1). Đây là những điều kiện thuận lợi để gây đau thần kinh hông ở người bệnh đương ở độ tuổi lao động.

2. Dị dạng mạch máu não

Dị dạng mạch máu não có thể từ sự không phát triển các nhánh tiếp nối, có thể bất thường về thành mạch... thường chú ý tới hệ mạch cảnh trong: Phình mạch cảnh trong ở đoạn xoang hang thường gây nhức đầu, ở nửa bên đầu với hội chứng liệt III, IV, VI và V1. Nghi tới dị dạng thành mạch thường là một "điểm" trong biện luận chẩn đoán ở thần kinh.

ĐAU NHÚC Ở THẦN KINH

Là một loạt các chứng bệnh do rối loạn các thành phần của đường cảm giác do quá trình thương tổn kích thích... đồng thời có ảnh hưởng tới tâm lý...

1. Xác định tính chất đau nhức

Qua phân tích những tính chất như vị trí đau, cường độ, hướng lan, nhịp điệu, phản ứng chống đau của người bệnh, cùng những tính chất kèm theo cơn đau. Cần phân định những cơn đau trong loạn thần kinh chức năng. Cần nghiên cứu cơn đau là một bệnh hay là thành phần triệu chứng của bệnh khác.

Thường gặp những cơn đau: nhức đầu, đau nửa mặt, đau thần kinh hông, đau thần kinh liên sườn...

2. Điều trị

Điều trị theo nguyên nhân cụ thể

Các thuốc giảm đau thông thường, an thần nhẹ, kết hợp với đông y, châm cứu, ăn uống và nghỉ ngơi, công tác tâm lý làm an tâm người bệnh.

ĐAU NHÚC ĐẦU

(Còn gọi là nhức đầu, đau đầu)

Nhức đầu là một trong những chứng bệnh thường gặp có phạm vi rộng ở nhiều chuyên khoa. Trước hết phải chú ý tới căn nguyên chèn ép, và dị dạng mạch máu não.



1. Xác định một trường hợp nhức đầu

Chú ý tới tính chất chung của đau nhức (vị trí, cường độ, nhịp điệu, hướng lan, triệu chứng kèm theo). Kết hợp với các phương pháp thăm dò, chú ý tới các nguyên nhân bệnh của hệ nội, của các chuyên khoa mắt, tai mũi họng, răng hàm mặt, bệnh tâm thần hay bệnh thần kinh; chú ý tới các bệnh u não, áp xe não, dị dạng mạch máu não, viêm nhiễm ở thần kinh.

Cần phân định với các trường hợp loạn thần kinh chức năng, các cơn kích thích ở não.

Nhiều trường hợp đòi hỏi phải theo dõi kỹ để chẩn đoán, để tìm một loại thuốc điều trị thích hợp, nhiều khi công tác tâm lý rất quan trọng.

2. Điều trị chứng nhức đầu

2.1. Điều trị theo nguyên nhân

2.2. Điều trị triệu chứng: cho các loại thuốc giảm đau, an thần, phong bế thần kinh, kết hợp xoa bóp, châm cứu.

Thuốc

2.2.1. Cho uống hỗn hợp antipyrin và phenacetin

- Antipyrin 0,30
 - Phenacetin 0,40
- } (Một gói)

Ngày cho người bệnh uống hai gói như trên, chia làm hai lần uống (sáng và chiều). Cho uống như vậy trong vòng 7-15 ngày.

2.2.2. Thuốc loại bromua

- Sirop tribromur 300ml, ngày uống 1-2 thìa canh trong 15 ngày.
- Vận dụng "công thức Pavlov" trong điều trị chứng nhức đầu.

Ví dụ

- Bromua calci 10,0
- Cafein 1,0
- Benzoat Na vừa đủ để hoà tan
- Pyramidon 4,0
- Nước cất vừa đủ 500ml

(Có thể thay nước bằng Sirop)

2.2.3. Phong bế thần kinh

- Tiêm vào động mạch: theo phương pháp Gorbadei, tiêm novocain vào động mạch có tác dụng cắt synap dẫn truyền thần kinh (tác dụng hóa học) làm người bệnh "mất những cảm giác đau".

Thường dùng novocain 0,5% x 1-2ml tiêm vào động mạch đùi cho 4-5 lần.

- Tiêm novocain vào tĩnh mạch. Cũng thường dùng novocain 0,5 - 1% x 10ml. Tiêm từ từ vào tĩnh mạch, tiêm cho một đợt 4-5 lần. Phương pháp này còn dùng để nghiên cứu tính chất diễn biến của nhức đầu.

2.2.4. Dùng các chất ưu trương: dung dịch glucose 30% x 10 - 20ml. Tiêm như vậy hàng ngày và cho trong 7 ngày.

2.2.5. Thuốc an thần nhẹ: có thể dùng seduxen 5mg x 1-2 viên/ngày trong 15 ngày.

2.2.6. Châm cứu các huyệt chung như túc tam lý, thận du, tam âm giao, kết hợp với các huyệt địa phương (á thị huyệt)

ĐAU NHỨC NỬA ĐẦU

(Hội chứng Migraine)

Đau nhức nửa đầu có liên quan tới rối loạn thần kinh thực vật, yếu tố nội tiết (nữ có kinh nguyệt không đều), có thể loại "bập bênh" hết đau nhức nửa đầu bên này lại lan sang đau nhức nửa đầu bên kia và mỗi lần chỉ ở một bên..

1. Cần chú ý tính chất đau nhức nửa đầu, có kèm theo rối loạn vận mạch

Cần phân biệt Migraine đơn thuần (khó chịu, rối loạn tiêu hóa, rối loạn tính tình), Migraine mắt (có rối loạn về thị giác), Migraine phối hợp (nhiều triệu chứng xen kẽ).

Cần đánh giá thêm qua các phương tiện thăm dò chức năng: chọc dò sống thất lưng, lấy dịch não tủy, ghi điện não... và nghiên cứu về tâm lý.

Cần phân biệt chứng nhức đầu "nửa đầu kiểu Migraine" trong viêm màng não do lao, do giang mai, do dị dạng mạch não (phình mạch cảnh trong ở đoạn xoang hang...).

2. Điều trị đau nhức nửa đầu

- Ergotamin (hay Dihydroergotamin) với liều lượng 0,1-1mg. Có thể cùng kết hợp với cafein.

- Có thể dùng belladon, hyosciamin, có tác dụng tốt đối với điều trị rối loạn vận mạch, các biệt dược thường dùng là bellergamin, bellaspon.

ĐAU NHỨC NỬA MẶT

Đau nhức nửa mặt, đau vùng mặt thường là do tổn thương kích thích một phần hay toàn bộ các nhánh cảm giác của dây thần kinh tam thoa (dây V).

1. Cần phân biệt cơn đau dây V và đau nửa mặt do tổn thương dây V

1.1. Cơn đau dây V: có điểm "nổ cò", cơn đau nhanh, kèm theo chảy nước mắt, nước mũi... thường được nghiên cứu đánh giá điều trị như cơn động kinh cục bộ.

Từ đó, có một số trường hợp đau nửa mặt như kiểu đau dây V: Ví dụ hội chứng hạch bướm hàm Sluder: cơn đau bắt đầu từ một điểm ở gò má, phía hốc mũi và cơn đau làm chảy nước mắt. Chấm dung dịch bonin vào vùng này thì người bệnh hết đau.

1.2. Đau nửa mặt do tổn thương dây V (có giới hạn, rối loạn phản xạ giác mạc), thường do căn nguyên dị dạng mạch (phình động mạch cảnh trong ở đoạn xoang hang), do u não (u góc cầu tiểu não, u nền sọ), do nhiễm khuẩn, do sang chấn sọ.

2. ĐIỀU TRỊ CƠN ĐAU DÂY V (CƠN ĐAU DÂY TAM THOA)

- Tegretol (carbamazepin): 0,2g x 3-5 viên/ngày
- Sodanton 0,20g x 2-4 viên/ngày

ĐAU DÂY THẦN KINH HÔNG

Đau dây thần kinh hông là một chứng bệnh do viêm nhiễm chèn ép, đặc biệt đau dây thần kinh hông của một số bệnh nghề nghiệp.

1. Cần đánh giá cơn đau dây thần kinh hông

Xác định cơn đau qua hỏi bệnh: chú ý lan truyền của cơn đau, qua các nghiệm pháp căng và đau dây thần kinh hông; từ đó đánh giá cơn đau là triệu chứng của bệnh ở rễ, dây, ở màng tuỷ hay ở cột sống hay là cơn đau thông thường. Cần chú ý tới hiện tượng đau - liệt, hiện tượng rối loạn cảm giác "kiểu yên ngựa".

Cần phân định cơn đau của viêm cơ (viêm cơ đáí), xương (viêm khớp cùng chậu), chèn ép ở tiểu khung...

2. Kết hợp với các phương pháp thăm dò

Chú ý trước tiên tới nguyên nhân chèn ép, đặc biệt tùy theo tuổi (tuổi lao động, tuổi già...), giới tính (phụ nữ có thai, phụ nữ ở tuổi tiền mãn kinh...), bệnh nghề nghiệp (thợ cưa xẻ, mang vác...), viêm nhiễm.

3. Điều trị đau dây thần kinh hông

Thường là điều trị theo nguyên nhân. Điều trị nội khoa trong trường hợp không có nguyên nhân chèn ép, bao gồm nằm nghỉ, thuốc men, phong bế, lý liệu pháp, đông y châm cứu...

3.1. Thuốc giảm đau và kháng viêm

Có thể dùng hỗn hợp antipyrin và phenacetin như điều trị nhức đầu.

3.2. Phong bế novocain: dùng novocain 1% x 5ml, phong bế cạnh sống, hoặc tiêm động mạch đùi.

- Có thể dùng
 - + Vitamin B12 x 200 - 1000 microgam
 - + Novocain 1% x 5 - 10ml.

Tiêm ngoài màng cứng, cách ngày 1 lần, cho 5-6 lần / đợt

- Có thể dùng novocain phối hợp với hydrocortancyl 2-3ml để phong bế ngoài màng cứng.

3.3. Dùng nắm muối rang nóng, để lên khay và cho chườm hoặc quấn đủ xanh lát mỏng vào phía mặt sau của đùi bị đau.

3.4. Có thể dùng lý liệu pháp: xoa bóp, ion hóa calci, siêu âm, điện nóng. ..

3.5. Châm cứu: châm tả các huyết đại trường du, hoàn khiêu, thừa phù, ủy trung. Thủy châm: tiêm vào các huyết trên mỗi huyết 2-4ml novocain 1%

3.6. Đồng thời phải luôn luôn chú ý tới phòng bệnh

Đối với người có dị dạng cột sống (gai đôi, cùng hóa đốt thắt lưng, thắt lưng hóa đốt cùng...) cần có chế độ lao động thích hợp tránh mang vác nặng. ..

Đối với một số bệnh nghề nghiệp cần nhiều thao tác ở cột sống đoạn thắt lưng cùng thì cần có những biện pháp bảo hộ lao động, cần có định kỳ kiểm tra và bồi dưỡng sức khỏe.

ĐAU DÂY THẦN KINH LIÊN SƯỜN

1. Là những cơn đau kéo dài hoặc từng cơn dọc theo đường đi của thần kinh liên sườn: có thể có điểm đau, hiện tượng tăng cảm giác ở vùng đó (khi khám).

Thường là đau thứ phát sau các bệnh nhiễm khuẩn chung (cúm, lao, thấp khớp), các bệnh nội (bệnh phổi, bệnh tim, màng phổi, gan), do tổn thương ở đốt sống lưng (lao đốt sống lưng, di căn ung thư, thoái hóa đốt sống lưng thất lưng...); cần chú ý đó là bắt đầu của một u tủy ở đoạn lưng (đau dây thần kinh liên sườn là biểu hiện ở giai đoạn ép rễ).

2. Điều trị đau dây thần kinh liên sườn là phải dựa theo từng căn bệnh cụ thể nơi tổn thương ép rễ, ép tủy của lao, ung thư, u tủy ở đoạn lưng.

ĐAU VÙNG GÁY - VÙNG CHẤM

Đau vùng gáy là một hội chứng bệnh vừa đơn giản, vừa phức tạp với nhiều nguyên nhân khác nhau với những xử trí trái ngược nhau.

1. Nhận ra đau vùng gáy vùng chằm

Không khó, nhưng cần chú ý phân tích cơn đau kéo dài từ vùng gáy lan ra tai, cổ hoặc có ảnh hưởng tới tư thế đầu cổ "tư thế sái cổ" (torticollis) hoặc đau từ gáy lan xuống bả vai, cánh tay.

Cần tìm những nguyên nhân sau: biến chứng của thấp khớp, tổn thương đốt sống cổ do thoái hóa đốt sống, do lao, do ung thư, đặc biệt đó là biểu hiện của u hố sau, hội chứng giao cảm cổ Barré - Lieou.

2. Điều trị cơn đau vùng gáy chằm

Sau khi đã loại trừ những nguyên nhân chèn ép, có tổn thương thì điều trị chủ yếu là: thuốc giảm đau thông thường, xoa - ấn - gõ vùng gáy (chú ý động tác phải nhẹ nhàng, tránh quay đầu cổ mạnh, "động tác vặn cổ").

ĐỘNG KINH

Động kinh là một hội chứng bệnh phổ biến của thần kinh học, là loại bệnh vừa có tính chất cấp cứu, vừa có tính chất thường xuyên, vừa về phương diện y tế, y học, vừa về phương diện xã hội.

1. Cần xác định rõ cơn, loại động kinh

1.1. Dựa vào tính chất cơn (đột quỵ, định hình, tái phát, rối loạn ý thức, thời gian cơn), tiền sử, (sang chấn khi lọt lòng, sang chấn sọ đối với người lớn), các kiểu co giật (thể lâm sàng).

1.2. Cần phân biệt rõ động kinh triệu chứng hay bệnh động kinh

1.2.1. Động kinh triệu chứng, có thể do sang chấn (tiền sử sang chấn, sọ), u não, viêm nhiễm nhất là viêm màng não do lao, ký sinh trùng (bệnh kén sán não: cysticercosis cerebri), tim mạch. Thực tế lâm sàng cần chú ý tìm nguyên nhân động kinh theo tuổi, giới tính: ở người già (tai biến mạch máu não, u não do di căn...) ở phụ nữ có thai (trước khi đẻ do sản giật, sau khi đẻ do viêm tắc tĩnh mạch não), ở trẻ em (cơ địa động kinh từ trẻ sốt cao - co giật, sang chấn khi lọt lòng, bệnh não trẻ em, cơn nhỏ không rõ nguyên do). Tùy theo loại nguyên nhân, có thể có động kinh sớm, động kinh muộn.

1.2.2. Các trường hợp chưa biết nguyên nhân hoặc chưa tìm thấy nguyên nhân vì tổn thương não quá tinh vi đó là các bệnh động kinh.

Bảng 2: Sắp xếp nguyên nhân động kinh theo tuổi và thứ tự phổ biến

Tuổi Nguyên nhân	Động kinh sớm	Động kinh thiếu niên	Động kinh muộn
U não, áp xe não	±	±	+++ (thường là do u não, áp xe não)
Tai biến mạch máu não	+++ (tắc mạch, chảy máu màng não)	±	++ Chảy máu não, nhồi máu não, phình mạch não.
Nhiễm khuẩn	++ (viêm não, màng não)	+	+ Giang mai thần kinh
Sang chấn sọ	++ (đổ máu, fóc xẹp)	±	+++ (tai nạn lao động, xe cộ, chiến tranh)
Nhiễm độc	±	±	+++ Rượu, thuốc độc
Không nguyên do	+	+++	±
Loại cơn hay gặp	Cơn lớn, cơn nhỏ, cơn tâm thần - vận động	Cơn lớn, cơn nhỏ	Cơn cục bộ Bravais Jackson, cơn toàn bộ

2. Nguyên tắc điều trị động kinh

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán là động kinh (chú ý loại trừ các trường hợp co giật do sốt cao, loạn thần kinh chức năng) đều phải được điều trị kịp thời, ngăn ngừa những diễn biến của trạng thái cấp cứu (trạng thái động kinh liên tục).

2.1. Đối với động kinh triệu chứng, chủ yếu là điều trị theo từng nguyên nhân cụ thể (u, viêm, áp xe não...). Sau khi điều trị nguyên nhân của động kinh, người bệnh vẫn được tiếp tục điều trị như điều trị bệnh động kinh

2.2. Điều trị bệnh động kinh bao gồm chế độ thuốc, chế độ sinh hoạt và lao động; phải chú ý nguyên tắc sử dụng thuốc (thường xuyên và liên tục, tránh thay đổi đột ngột và các thay đổi thuốc theo đúng quy chế thuốc độc, và phải theo dõi ngộ độc và dị ứng thuốc), tránh những sinh hoạt có khuynh hướng gây cơn, mặt khác cần chú ý tới nghề nghiệp của người bệnh.

3. Điều trị bệnh động kinh

3.1. Thuốc: luôn luôn chú ý tới nguyên tắc sử dụng thuốc; có thể và nên dùng bắt đầu từ bromua kali 0,40g cho một tuổi (ở trẻ em). Ở người lớn, đối với cơn lớn, cơn nhỏ, cơn động kinh tinh thần vận động có thể dùng theo bảng sau:

Bảng 3: Một số thuốc thường dùng ở ta

Loại thuốc	Cơn lớn	Cơn nhỏ	Động kinh vận động	Động kinh tâm thần vận động	Liều lượng hàng ngày
Phenobarbitaïl (Gacdenan, Luminan)	+	±	+	±	Trẻ em 0,01g cho mỗi tuổi. Người lớn 0,10 đến 0,30g
Diphenyl - Hydantoin Dihydan, Lepitoin So - danton	+	-	+	±	0,10-0,30g trẻ em 0,01-0,02g cho một tuổi
Trimethadion (Trimedal, Epidion)	-	+	-	+	0,30 - 0,90
Mysolin	+	±	±	±	1,50g

Đối với động kinh tâm thần vận động, cần cho thêm aminazin 0,025g.

3.2. Chú ý tới chế độ lao động và sinh hoạt của người bệnh

3.3. Phòng bệnh: chống bệnh xã hội, bảo vệ bà mẹ và trẻ em; chống các bệnh nhiễm khuẩn, có chế độ lao động, bảo hộ lao động được đúng và kịp thời.



ÉP TUỖ

Là hội chứng chèn ép ở tuỷ, có thể ép từ trong tuỷ ra, có thể ép từ ngoài vào; cần phát hiện sớm để xử trí kịp thời.

1. Xác định ép tuỷ

Dựa vào biểu hiện ép rễ tới ép tuỷ, ép vào các đường dẫn truyền ở tuỷ sống, hội chứng tắc đường lưu thông dịch não tuỷ.

Cần phân định ép tuỷ và viêm tuỷ. Nhận rõ vị trí của ép tuỷ (nơi tổn thương và dưới nơi ép tuỷ).

Ép tuỷ có thể do; u tuỷ, u màng tuỷ, u rễ thần kinh, lao đốt sống, ung thư đốt sống nguyên phát và thứ phát sau ung thư tử cung, ung thư tuyến tiền liệt, do viêm dày dính màng tuỷ.

2. Điều trị

Phẫu thuật, sau đó phục hồi chức năng vận động.

GIANG MAI THẦN KINH

1. Tổn thương thần kinh do vi khuẩn giang mai. Có hai loại: giang mai sớm xảy ra sau tổn thương và giang mai chậm sau một thời gian 5-10 năm (thời kỳ III).

2. Xác định giang mai qua nghiên cứu về bệnh sử nhiễm khuẩn và huyết thanh chẩn đoán giang mai BW (+), phản ứng bất động xoắn khuẩn (TPI) và có thể có BW (+) trong dịch não tuỷ, phản ứng VDRL.

3. Thường gặp: nhũn não, viêm mạch do giang mai, viêm màng não do giang mai. Đối với các tổn thương não do giang mai, bao giờ cũng cần nghiên cứu các rối loạn tâm thần.

HÔN MÊ

(Xem lại ở phần cấp cứu)

Chú ý bao giờ cũng phải xác định đánh giá mức độ hôn mê cùng hôn mê có triệu chứng thần kinh khu trú hay không (khám phát hiện liệt nửa người trong hôn mê), trong khi tìm nguyên nhân, cần nhanh chóng tiến hành hồi sức cấp cứu chống trạng thái hôn mê.

LAO ĐỐT SỐNG

Lao đốt sống gây bệnh cảnh chèn ép tuỷ

1. Lao đốt sống cổ: (trên C4) gây liệt tứ chi, (dưới C4) có bệnh cảnh liệt hai chi dưới. Đặc biệt ở thể đoạn sống cổ, chú ý hiện tượng đau vùng gáy, đau như sái cổ và đau lan xuống bả vai, cánh tay. Xác định qua thăm khám và X quang đoạn sống cổ.

2. Lao đốt sống lưng: là thể lâm sàng thường gặp và gây bệnh cảnh liệt hai chi dưới, liệt cứng; nhiều trường hợp xuất hiện sớm và người bệnh ở tư thế nằm co chân. Có trường hợp túi mủ áp xe lạnh bị phá vỡ gây viêm dày dính các màng.

3. Lao đốt sống vùng thắt lưng - cùng: biểu hiện bắt đầu bằng đau thần kinh hông ở một bên hay ở hai bên, tổn thương gây rối loạn cảm giác "kiểu yên ngựa".

4. Điều trị: điều trị lao là chủ yếu. Tùy tình trạng ổ áp xe lạnh, cần phẫu thuật và bó bột với thời gian khác nhau, kết hợp với phục hồi chức năng, chống di chứng, nâng cao thể trạng...

LAO MÀNG NÃO

(Xem từ viêm màng não)

LẤP MẠCH NÃO

(Xem từ nhồi máu não)

LIỆT

Liệt ở thần kinh - hội chứng liệt: biểu hiện giảm mất chức năng vận động hữu ý các cơ, các nhóm cơ, do tổn thương tế bào vận động ngoại biên hoặc do tổn thương tế bào vận động trung ương.

1. Căn phân định liệt (hay bại)

1.1. Với những hiện tượng hạn chế vận động hay không cử động được do tổn thương khớp, sẹo dính, do rối loạn chức năng (Histeria).

1.2. Tuỳ theo định khu tổn thương có thể có liệt một chi (liệt một tay hay liệt một chân), liệt hai chi dưới, liệt hai chân và một tay, liệt tứ chi, liệt nửa người. Có thể do tổn thương trung ương, có thể do tổn thương ngoại biên của đường vận động hữu ý với những nguyên nhân bệnh khác nhau.

2. Điều trị các hội chứng liệt ở thần kinh

Chủ yếu là điều trị theo từng nguyên nhân, theo từng nhóm bệnh (ví dụ bệnh lý mạch máu viêm nhiễm, u chèn ép...)

Phục hồi chức năng vận động chống di chứng liệt là cần thiết cho tất cả các loại liệt ở thần kinh.

LIỆT HAI CHI DƯỚI

Liệt hai chi dưới là một hội chứng giảm hoặc mất vận động hữu ý ở hai chân và là do tổn thương ở tủy, ở rễ và dây thần kinh; trong một số ít trường hợp còn do tổn thương ở hồi nhỏ cạnh giữa (u màng não, u liềm não...)

1. Xác định hội chứng liệt hai chi dưới

1.1. Căn phân định với "không phải liệt" (cơ xương, khớp, histeria), các bệnh do rối loạn chuyển hóa (kali hạ...), nhược cơ.

Phân biệt liệt hai chi dưới do tổn thương trung ương và tổn thương ngoại biên, phân biệt liệt mềm và liệt cứng (bảng 4).



Bảng 4. Phân biệt liệt trung ương và liệt ngoại biên

Dấu hiệu phân biệt	Liệt vận động trung ương	Liệt vận động ngoại biên
Vận động	Mất vận động hữu ý không hoàn toàn	Mất toàn bộ vận động động tác
Phản xạ gân xương	Tăng phản xạ gân xương Mất phản xạ gân xương. Sau một thời gian (≤ 45 ngày, phản xạ trở lại +)	Mất phản xạ gân xương
Phản xạ da bụng	Giảm, mất	+ bình thường
Phản xạ bệnh lý	Có	Không có
Cảm giác	Rối loạn theo kiểu dẫn truyền	Rối loạn theo khu vực rễ, dây thần kinh
Dinh dưỡng teo cơ	Teo cơ do hạn chế cử động	Teo cơ
Phản ứng thoái hóa điện	Không rối loạn	Rối loạn phản ứng thoái hóa điện
Rối loạn cơ tròn	Có rối loạn	Không, trừ tổn thương ở đuôi ngựa

1.2. Liệt hai chi dưới do tổn thương ngoại biên: thường gặp ở viêm sừng trước tủy cấp (bại liệt), viêm nhiều rễ thần kinh (thường gặp là viêm nhiều rễ dây thần kinh), viêm nhiều dây thần kinh.

1.3. Liệt hai chi dưới do tổn thương trung ương: trường hợp tổn thương cấp tính gây liệt mềm hai chi dưới và thường là các sang chấn tủy, viêm tủy cấp. Trường hợp tổn thương tăng dần (chậm) gây liệt cứng hai chi dưới và là bệnh cảnh chủ yếu của ép tủy, của viêm tủy mạn tính, của lao đốt sống, của u tủy các loại, của viêm dây dính màng tủy.

2. Điều trị

Chủ yếu là điều trị theo từng nguyên nhân cụ thể.

LIỆT NỬA NGƯỜI

Liệt nửa người là một trong hai hội chứng quan trọng nhất ở thần kinh. Là một hội chứng biểu hiện giảm hoặc mất vận động hữu ý do tổn thương tế bào vận động trung ương. Như vậy có nhiều địa điểm với nhiều loại nguyên nhân có thể gây liệt nửa người.

1. Chẩn đoán

1.1. Xác định hội chứng liệt nửa người, cần nêu được tính chất liệt (đồng đều hay không? toàn bộ hay không? có hội chứng giao bên không? và đã co cứng chưa?);



Phân tích rõ quá trình kích thích và quá trình huỷ hoại, gián đoạn cùng mối liên hệ giữa hai quá trình đó.

1.2. Nhiều trường hợp phải đi sâu phân tích những rối loạn tâm lý tâm thần (thuận tay và ưu thế bán cầu).

1.3. Xác định vị trí tổn thương của liệt nửa người rất quan trọng góp phần làm sáng tỏ nguyên nhân liệt nửa người; trước hết cần chú ý liệt nửa người do tổn thương ở vỏ não, ở bao trong, ở thân não.

2. Tìm nguyên nhân

Từ đó, nhận ra các nguyên nhân bệnh: u não cùng các tổn thương choán chỗ khác, tụ máu các loại; sang chấn sọ; thiếu năng tuần hoàn não; rối loạn tuần hoàn não cấp tính và mạn tính; các bệnh nhiễm khuẩn thần kinh (chú ý viêm màng não do lao), các bệnh từ hệ nội (biến chứng từ các bệnh tim mạch, bệnh phổi...); các bệnh nhiễm độc và thoái hóa ở não...

Nhiều trường hợp có thể thấy rõ nguyên nhân qua hỏi bệnh (kết hợp với theo dõi của gia đình người bệnh) như sang chấn sọ, ngộ độc .

Ngoài ra cần phân tích kỹ cách bắt đầu, diễn biến, tuổi, giới tính...

3. Điều trị

Chủ yếu là điều trị theo từng nguyên nhân cụ thể

LIỆT NỬA MẶT

Liệt nửa mặt là một chứng bệnh thường gặp nhất của các tổn thương dây thần kinh sọ. Liệt nửa mặt là hiện tượng hạn chế hay không cử động được các cơ bám da ở mặt (do dây thần kinh VII chi phối).

1. Xác định liệt nửa mặt không khó

Cần phân định liệt VII trung ương hay liệt VII do tổn thương ngoại biên. Cần nghiên cứu liệt VII ngoại biên đơn độc hay phối hợp (hội chứng giao bên) hay là một thành phần của hội chứng nền sọ - nhiều khi cần kết hợp khám tai mũi họng, X quang nền sọ (tư thế Hirtz) với kết quả về dịch não tủy. Cần chú ý các nguyên nhân của liệt VII ngoại biên; u não (u góc cầu tiểu não), u nền sọ (chú ý màng não ở nền và biến chứng thần kinh của u độc vòm họng) do sang chấn; do viêm nhiễm (viêm màng não, nhất là viêm màng não do lao, viêm nhiều rễ dây thần kinh, bại liệt thể thần não - thường liệt hai bên nửa



mặt); zona hạch gối, do viêm tai cấp tính, mạn tính, viêm tuyến mang tai, viêm xương đá... và liệt VII ngoại biên "do lạnh".

2. Điều trị liệt nửa mặt

2.1. Căn bản là điều trị theo từng nguyên nhân cụ thể

2.2. Điều trị liệt VII ngoại biên "do lạnh" cần chú ý; thuốc, giữ mặt cho ấm, thường xuyên xoa bóp, tập các động tác ở mặt, ở các cơ vòng mi, cơ vòng môi.

2.2.1. Thuốc

- Vitamin B₁, liều cao 0,025 - 10 ống/ngày cho dài ngày, phối hợp với các loại vitamin B₆, B₁₂.
- Kháng sinh: ampicillin, 1-2g/ngày
- Kháng viêm: prednisolon, hydrocortancyl...
- Thường xuyên nhỏ mắt bằng dung dịch chloramphenicol trong trường hợp liệt nặng.
- Không được dùng strychnin vì dễ chuyển sang co cứng nửa mặt.

2.2.2. Lý liệu pháp: điện dẫn thuốc, điện nóng. Không được dùng dòng Faradic. Tập các động tác ở mặt, ở trán, ở môi miệng.

2.2.3. Châm cứu: châm cứu bên mặt liệt các huyết giáp xa, địa thương, thảo đường, có thể châm thêm ấn đường, nghinh hương, hợp cốc, cũng có thể châm các huyết trên ở bên lành.

Có thể nghiên cứu phẫu thuật và đó là thuộc phạm vi của ngành phẫu thuật chỉnh hình hàm mặt (trường hợp di chứng co cứng nửa mặt).

LIỆT TỨ CHI

Liệt tứ chi biểu hiện cảm giác hoặc vận động hữu ý ở hai tay và ở hai chân, thường là do tổn thương ở tuỷ cổ, ở nhiều rễ dây thần kinh.

Cần chú ý phân biệt với từ liệt hai bên nửa người do tổn thương hai vùng vận động hữu ý ở hai bên não bán cầu và thường có liên quan tới những bệnh lý viêm nhiễm (viêm não...), xơ cứng mạch não ở người già, thoái hóa não, teo não.

1. Xác định liệt tứ chi

Cũng như chẩn đoán các liệt ở thần kinh (liệt hai chi dưới). Phân biệt liệt tứ chi trong tổn thương ngoại biên và liệt tứ chi trong tổn thương trung ương.

Liệt tứ chi do tổn thương ngoại biên (xem ở phần liệt hai chi dưới). Thường chú ý tới bệnh viêm nhiều rễ dây thần kinh.

Liệt tứ chi do tổn thương trung ương (trên tuỷ cổ 4) cũng như ở liệt hai chi dưới trước hết cần chú ý tới viêm tuỷ cấp thể Landry, tới ép tuỷ cổ nhất là sang chấn đốt sống cổ (trật khớp mỏm nha đốt sống cổ).

2. Điều trị

Chủ yếu là điều trị theo từng nguyên nhân cụ thể.

LIỆT CÁC DÂY THẦN KINH SỢ

Có 12 đôi dây thần kinh sợ, do có những đặc điểm chung về giải phẫu chức năng của các dây thần kinh sợ (nhân ở thân não, bó vỏ - nhân, liên hệ ở đoạn trong trục của thân não nhất là với bó tháp, liên hệ với màng não và dịch não tuỷ, cùng tập trung đi từng nhóm qua các lỗ ở nền sợ), do đó: cần chú ý trong chẩn đoán:

- Một là, phải phân biệt trung ương và ngoại biên của các tổn thương dây thần kinh sợ.
- Hai là phải phát hiện và loại trừ sớm hội chứng liệt giao bên.
- Ba là: chú ý tới nguyên nhân chủ yếu của tổn thương thần kinh sợ, viêm nhiễm và những bệnh bệnh lý có liên quan tới vùng nền sợ (K vòm họng, u nền sợ) và sợ - mặt.

LOẠN THẦN KINH CHỨC NĂNG

Loạn thần kinh chức năng là những rối loạn không có thay đổi về hình thái học của các nơron tế bào thần kinh. Như vậy loạn thần kinh chức năng bao gồm nhiều bệnh không có căn nguyên cụ thể, không có tổn thương các thành phần của hệ thần kinh. Có nhiều thể lâm sàng... thường gặp nhất là loạn thần kinh suy nhược, hysteria, trạng thái ám ảnh.

1. Thường có những biểu hiện

Nhức đầu, mất ngủ, mệt mỏi, thay đổi về tâm lý (buồn nản, dễ xúc động...). Có thể có những biểu hiện như cơn tim đập nhanh, bốc nóng ở mặt, tức ngực, khó thở.



Tuy nhiên, những biểu hiện trên cũng gặp ở các bệnh nội, u não, viêm nhiễm - do đó cần phân định với các bệnh tim, phổi, tiêu hóa, hội chứng tăng áp lực trong sọ, u não, viêm màng nhện... Cần phân định chứng loạn thần kinh suy nhược với bệnh loạn thần kinh chức năng.

Cần phải có những thăm dò như X quang sọ, điện não đồ.... trường hợp khó cần có hình ảnh chụp cắt lớp vi tính.

2. Điều trị

2.1. Tuỳ từng thể loại, có thể có những thuốc thích hợp, các thuốc giảm đau nhức, mỗi mệ, nâng cao thể trạng....

Dùng các thuốc đông y.

Châm cứu (thường là châm các huyết như trong chữa chứng đau nhức...).

2.2. Công tác tâm lý giữ phần quan trọng trong điều trị loạn thần kinh chức năng

LOẠN TRƯƠNG LỰC

Các chứng bệnh loạn trương lực là những rối loạn tổn thương nhân xám trung ương: nhân đuôi, nhân đậu (nhân cùi, các nhân nhạt) hoặc do tổn thương các nhân não giữa do đó có biểu hiện lâm sàng khá phong phú, phức tạp, đa dạng với nhiều căn nguyên khác nhau.

1. Chẩn đoán

Nhận ra và định khu các tổn thương của chứng loạn trương lực là phức tạp, đòi hỏi phải phân tích theo dõi lâm sàng và thăm dò chức năng về điện não, điện cơ và phải đánh giá nhiều lần.

1.1. Cùng một biểu hiện chung là tăng trương lực

Qua thăm khám độ chắc của cơ, độ co duỗi, độ ve vẩy cần phân tích tính chất ở loại cơ, định khu ở cơ thể cùng các biểu hiện kèm theo, ví dụ "cơ gồng" ở viêm não người lớn.

Ngược lại, có những dấu hiệu "tăng độ co ở tay và tăng độ duỗi ở chân" trong cơ cứng thấp.

Trên thực tế, cần phân biệt tăng trương lực của tổn thương hệ tháp và tăng trương lực của hệ ngoại tháp. Đối với tổn thương hệ ngoại tháp thì thường gặp tổn thương thể vân cũ - các hội chứng Parkinson.

1.2. Cùng một biểu hiện chung là giảm trương lực

Qua thăm khám độ chắc của cơ, độ co duỗi, độ ve vẩy cũng cần phân tích loại hình cùng liên quan tới đường vận động hữu ý: Ví dụ, giảm trương lực của những bệnh do tổn thương các thành phần của hệ thần kinh ngoại vi hoặc giảm trương lực trong các loại tổn thương, các cấu tạo khác của hệ ngoại tháp: tiền đình, tiểu não, nhân đỏ.

2. Nguyên tắc điều trị loạn trương lực

Cần phân biệt những rối loạn trương lực tăng, với rối loạn giảm trương lực...

2.1. Tăng trương lực ngoại tháp, thường gặp nhất ở hội chứng bệnh Parkinson và viêm não ở người lớn.

2.2. Tăng trương lực ngoại tháp trong các bệnh thoái hóa gan - nhân đậu

Bên cạnh những thuốc điều trị loại bệnh Wilson, thường cho thêm thuốc giảm trương lực như mydocalm, các thuốc điều trị co cứng cơ.

2.3. Phẫu thuật định vị vào các khu tổn thương nhân xám trung ương: kỹ thuật laser, đông lạnh...

2.4. Tiến hành kiên trì phục hồi chức năng thần kinh

Xoa bóp, bấm nắn... không nên châm cứu vì như vậy sẽ kích thích bản thân cơ và cơ thể gây co cứng thêm.

3. Điều trị tăng trương lực ngoại tháp

- Điều trị hội chứng - bệnh Parkinson
- Điều trị tăng trương lực ngoại tháp, tùy loại bệnh cụ thể, nên dùng thuốc (Mydocalm, Lioresal...), lý liệu pháp, phục hồi chức năng thần kinh, xoa bóp, bấm nắn.

MẤT DỤNG

(Xem từ Thất dụng)

MẤT NGÔN

(Xem từ Thất ngôn)



MẤT NGỦ

Mất ngủ là một rối loạn quá trình nghỉ ngơi của hoạt động toàn bộ não. Người trẻ tuổi, trung bình ngủ 6-8 giờ mỗi ngày, ngủ liền trong đêm "ngon giấc" để sáng hôm sau tỉnh lại không "buồn ngủ" làm việc và học tập tốt.

1. Có nhiều "cách" mất ngủ: mất ngủ đầu giấc, người bệnh khó đi vào giấc ngủ, càng sợ mất ngủ, càng khó ngủ; có trường hợp thức giấc lúc nửa đêm (đi tiểu, ác mộng...) rồi trằn trọc suy nghĩ miên man, không ngủ lại được, có trường hợp mất ngủ vì các cơn đau nhức (các bệnh của hệ nội, của hệ ngoại, các thương tổn khác của cơ thể...), cơn co giật...

2. Có nhiều nguyên nhân gây chứng mất ngủ

- Chú ý trước tiên tới các bệnh của hệ nội (tim mạch, tiểu đường, tiêu hóa, thận, cơ xương khớp...) các bệnh của hệ ngoại (sang chấn, gãy xương... sau phẫu thuật...).

- Các bệnh của hệ thần kinh: hội chứng tăng áp lực trong sọ đau nhức ở thần kinh... u não, tai biến mạch máu não, viêm nhiễm ở thần kinh...

- Các bệnh do căn nguyên tâm lý - tâm thần: tâm thần phân liệt, loạn thần kinh chức năng.

3. Điều trị chứng mất ngủ - cần phải điều trị nguyên nhân là quan trọng hàng đầu

3.1. Thuốc: nên dùng các thuốc nhẹ; rotundin (củ bình vôi), tâm sen, thảo quyết minh (hạt muồng), các thuốc an thần, gây ngủ: stilnox, seduxen...

3.2. Thường chỉ nên dùng các thuốc nhẹ (chớ nên lạm dụng thuốc an thần...) nên sử dụng "thuỷ liệu pháp" (tắm nước nóng), không nên ăn quá no vào lúc khuya... hạn chế dùng các chất kích thích.

3.3. Tập khí công, dưỡng sinh...

3.4. Ở một số nơi còn dùng âm nhạc liệu pháp (nghe nhạc nhẹ mà người bệnh yêu thích nhất) hoặc dùng các dẫn xuất melatonin...

MẤT TRI

(Xem từ Thất tri)

MÉNIÈRE

(Hội chứng Ménière)

Là chứng bệnh do rối loạn vận mạch thực vật, có liên quan nhiều tới sự cân bằng nội tiết - thực vật, có liên quan tới rối loạn chức năng mê đạo. Thường là những cơn chóng mặt quay cuồng, có cảm giác tự quay, vật không hoặc ít quay cuồng.

1. Nhận ra chóng mặt kiểu Ménière

Thường gặp ở người trên 40 tuổi có chóng mặt dữ dội, quay cuồng (vài giờ - vài ngày), có rung giật nhãn cầu và rối loạn thăng bằng (dáng đi xiêu vẹo), có hiện tượng xanh tái, ra nhiều mồ hôi và buồn nôn.

Cần phân định với chứng (trong tập chứng) của nhiều bệnh khác, bệnh hệ nội, cơn tương đương của động kinh, u não, cơn đột quỵ.

Cần chú ý đánh giá từng cơn, từng đợt tiến triển (qua đo thính lực).

2. Điều trị

Trong cơn, người bệnh nên ở trong phòng yên tĩnh, tránh ánh sáng chói.

Dùng các kháng histamin.

Có thể cho thêm benzodiazepin vừa có tác dụng an thần điều chỉnh vận mạch: stugeron 4-6 viên/ngày.

MÚA GIẬT

Múa giật là chứng bệnh do tổn thương nhân xám trung ương - hội chứng thể vân mới. Có nhiều loại múa giật: múa giật cấp tính, múa giật mạn tính, múa giật Sydenham và múa giật Huntington.

Thường gặp là múa giật Sydenham, thường gặp nhiều ở trẻ em, có liên quan nhiều với bệnh thấp khớp cấp.

1. Xác định múa giật

Dựa vào hiện tượng giảm trương lực và tăng động (nhiều cử động bất thường hỗn hợp, không có một trình tự nào).



Một số cần phân tích đánh giá với loạn thần kinh chức năng (histeria).

Phân biệt múa giật và chứng múa giật của các bệnh u não, viêm não.

2. Điều trị

2.1. Thuốc

- Clorpromazin (Aminazin, Largactyl) 0,025 x 2 - 4 viên/ngày.
- Prednisolon 0,005 - 4-5 viên/ngày

Có thể dùng các thuốc kháng viêm khác, cùng các thuốc đặc hiệu chữa bệnh thần kinh - khớp (nếu có hiện tượng đau, mỏi ở khớp).

2.2. Tiến hành công tác tâm lý đối với trẻ, nhất là trẻ gái.

2.3. Kết hợp tâm lý tiến hành phục hồi chức năng, xoa bóp, tập vận động các động tác chính xác.

NHỨC ĐẦU

(Xem từ đau nhức ở đầu)

NHƯỢC CƠ

Nhược cơ là một loại bệnh thần kinh - cơ ở mức các màng synap có liên quan nhiều tới cơ chế bệnh tự miễn.

1. Nhận ra bệnh nhược cơ không khó

Thường là biểu hiện mỗi các cơ vận - mỗi cơ theo thời gian lao động, sinh hoạt hàng ngày của người bệnh (thường gặp ở nữ tuổi 20-40); lúc đầu biểu hiện một nhóm cơ thường là cơ mắt (làm sa mi mắt) sau đó mỗi một các cơ ở chân, tay rồi tới các cơ hô hấp (thể nhược cơ cấp).

Có thể xác định nhược cơ qua nghiệm pháp Zoly dương tính và nghiệm pháp prostigmin dương tính (nghiệm pháp này được thực hiện bằng cách tiêm 1 ống prostigmin sau 15 phút thấy người bệnh trở lại bình thường, mở to mắt không mỏi.

- Chú ý thể nhược cơ ác tính thường gặp ở phụ nữ có thai có tiền sử nhược cơ, hoặc có u ác tính ở tuyến ức, rất dễ tử vong.



- Cần phân định chứng nhược cơ với bệnh nhược cơ.

2. Điều trị

- Sử dụng các thuốc kháng viêm và prostigmin (xem thêm ở trang 617). Cyclosporin, điều trị như bệnh tự miễn...
- Điều trị bằng quang tuyến, chiếu trực tiếp vào "thymus"
- Điều trị phẫu thuật: các trường hợp xác định có tuyến ức, các trường hợp cấp cứu. Tất cả đều tiếp tục điều trị nội sau phẫu thuật.
- Lọc huyết tương (hiện chưa phổ biến ở Việt Nam).

NHỒI MÁU NÃO

Là một loại tai biến mạch máu não, có thể cấp tính với hôn mê liệt nửa người, có thể diễn biến tăng dần các biểu hiện kích thích và huỷ hoại gián đoạn.

1. Chẩn đoán dựa trên cơ sở người bệnh có hội chứng liệt nửa người

Cần phân định với các nguyên nhân khác của liệt nửa người... Có nhiều nguyên nhân gây nên: lấp mạch (có bệnh van tim), xơ cứng mạch não, tắc mạch (đột ngột, từ từ) co thắt mạch, thiếu năng tuần hoàn não, dị dạng mạch não nhất là tắc mạch cảnh trong... thể nhũn não của viêm màng não do lao.

2. Điều trị

Ở giai đoạn cấp, điều trị như tai biến mạch máu não.

Trường hợp thông thường, điều trị theo nguyên nhân, điều trị cho thuốc giãn mạch, điều hoà trương lực, tăng cường oxy não, sớm phục hồi chức năng.

PARKINSON

(Xem từ bệnh Parkinson)



SANG CHẤN CỘT SỐNG

Thường là phối hợp tổn thương đốt sống và tổn thương tuỷ sống. Thường gặp cả sang chấn kín và sang chấn hở ở tuỷ sống...

Biểu hiện chung là hội chứng tuỷ: có thể có choáng tuỷ, hoặc có biểu hiện giống như ép tuỷ, tuỷ vị trí tổn thương ở từng đoạn tuỷ mà có biểu hiện đặc trưng cho từng vùng.

Điều trị

- Cần chú ý cột sống khi vận chuyển người bệnh, nhất là ở trường hợp có sang chấn tuỷ cổ.
- Điều trị bảo tồn là chủ yếu.

SANG CHẤN SỌ

Sang chấn sọ hở là bệnh cấp tính thuộc phạm vi phẫu thuật thần kinh.

Sang chấn sọ kín với vết thương không xuyên, có thể có thêm nhiễm khuẩn. Chú ý tới khoảng tĩnh khác nhau.

Chú ý phát hiện sớm tụ máu trong, ngoài não hoặc dưới cứng (liệt nửa người đột ngột hay từ từ với khoảng tĩnh ở thời gian khác nhau và dịch não tuỷ khác nhau). Tụ máu ngoài màng cứng thì không có máu ở dịch não tuỷ; tụ máu dưới màng cứng thì có máu hồng vàng, tụ máu dưới nhện thì có máu đỏ ở dịch não tuỷ.

Kết hợp chẩn đoán qua vang não đồ. Đặc biệt chẩn đoán sớm tụ máu, nhờ có hình ảnh rõ qua chụp cắt lớp vi tính.

Chú ý tới chấn động não, những biến chứng muộn (3-4 tháng tới 4-5 năm với động kinh, trạng thái động kinh hoặc nhiễm khuẩn thứ phát áp xe não sau sang chấn sọ nhất là sau sang chấn sọ do chiến tranh).

Điều trị

Điều trị phẫu thuật hoặc phục hồi chức năng thần kinh.

SA SÚT TRÍ TUỆ

Sa sút trí tuệ (Demantia) là biểu hiện rối loạn tâm lý, rối loạn sự thích ứng trong đời sống hàng ngày và đời sống xã hội.

Trí nhớ, định hướng lực, triu tượng hóa, khả năng học; các chức năng ngôn ngữ, nhận thức tri giác, thực vận cũng như các chương trình kế hoạch sắp xếp - tất cả đều ít nhiều bị rối loạn ở những mức độ khác nhau.

1. Suy giảm nhận thức nhẹ

Ở người cao tuổi (từ quãng 60-65 tuổi), quá trình thoái hoá myêlin phát triển, sự lão hóa của hệ thần kinh... sẽ dẫn tới những biến đổi các chức năng thần kinh, tâm lý, tâm thần - nhất là sự suy giảm nhận thức.

Sự suy giảm nhận thức là tất yếu của quá trình lão hóa - Sự suy giảm này có thể là bình thường, có thể là chuyển thành bệnh với nhiều mức độ khác nhau cũng là những tiến triển khác nhau.

1.1. Sự suy giảm nhận thức nhẹ về trí nhớ

Trí nhớ là chỗ dựa cơ bản của toàn bộ phức hợp vỏ não (Guy Lazorthes, 1984): hồi hải mã, cũ như hình, toàn vỏ não.

Giảm trí nhớ - quên. Có thể ở khâu ghi nhớ và khâu lưu trữ hay khâu hồi ức. Giảm trí nhớ cũng được đánh giá so với tuổi và trình độ học vấn (thấp, cao) của người cao tuổi, của người bệnh.

- Có thể người đó khó khăn khi ghi nhớ thông tin mới; qua đài phát thanh truyền hình hoặc qua đọc báo. Những hiện tượng trên được "người bệnh" (người cao tuổi) nhận thấy... Sau một thời gian dài. Sự khó ghi - nhớ này được người bệnh cảm thấy là do khó tập trung chú ý xem báo, đài...

- Có thể "người bệnh" quên "sự việc" mới quên thao tác nghề nghiệp, quên tên người thân. Có người bệnh không tài nào gọi tên người đương đứng trước mặt.

Hiện tượng này cũng được người bệnh "cảm thấy". Sau một thời gian: có thể ban đầu thỉnh thoảng thấy khó khăn lắm mới nhớ được các từ ngữ hoặc tên quen thuộc.

- Có thể người bệnh thấy khó khăn khi nhớ lại những kỷ niệm quan trọng của bản thân, gia đình và xã hội.

1.2. Suy giảm nhận thức nhẹ

Suy giảm nhận thức nhẹ ở người cao tuổi là có những rối loạn khác như rối loạn ngôn ngữ, rối loạn nhận biết và rối loạn thực vận.



Suy giảm nhận thức nhẹ cho ta thấy có nhiều tổn thương (teo não, mạch máu) ở nhiều khu vực, ở vỏ não, nhất là ở vùng trán, vùng thái dương, vùng bên dưới thái dương.

1.3. Sa sút trí tuệ

Suy giảm nhận thức nhẹ là nhóm bệnh có thể phát triển thành sa sút trí tuệ do mạch máu bệnh Alzheimer hoặc có thể chỉ là một quá trình lão hóa não.

Từ "suy giảm nhận thức" phát triển thành sa sút trí tuệ nhanh hay chậm là tùy thuộc vào tác nhân gây bệnh: do tổn thương mạch máu, do teo thùy trán, thùy thái dương.

1.3.1. Có thể rối loạn tâm lý tăng dần

Người bệnh giảm mất khả năng chú ý, giảm trí nhớ (quên) một cách rõ rệt và người thân thấy rất rõ; không suy xét, hình tượng được.

Rối loạn về tình cảm, thờ ơ, có thể nói nhiều hay nhắc lại chuyện cũ. Có thể có mất thực vận: khó hoặc không biết sử dụng các động tác quen thuộc hàng ngày, ví dụ mặc quần áo...

Có thể có rối loạn ngôn ngữ với nhiều dạng khác nhau tùy theo tổn thương ở vùng trán hay vùng thái dương có thể có rối loạn mất nhận thức thị giác.

1.3.2. Các biểu hiện trên ngày càng nặng và người bệnh khó đáp ứng lại các hoạt động nghề nghiệp và hoạt động xã hội.

Người bệnh ở tình trạng ức chế, bị động không biểu lộ tình cảm, phản ứng, người bệnh giảm hoàn toàn sự suy xét đối xử.

Có những rối loạn về trương lực, dinh dưỡng và rối loạn cơ tròn.

1.3.3. Người bệnh ở trạng thái lú lẫn, mất định hướng về thời gian và không gian, về quan hệ bản thân và xã hội; có thất ngôn, thất dụng, thất trí ở những mức độ khác nhau.

Từng thời kỳ có những cơn hoang tưởng, ảo giác, khuynh hướng tấn công, hưng cảm hoặc vô cảm.

1.3.4. Sau cùng, người bệnh ở trạng thái lú lẫn sa sút nặng nề, đồng thời có những cơn co giật kiểu động kinh...

2. Nhiều chứng bệnh có sa sút trí tuệ

Có tới 70 loại chứng - bệnh có sa sút trí tuệ trong đó bệnh Alzheimer chiếm khoảng 55%, bệnh lý mạch máu là 20% và các nguyên nhân khác là 25%. Cần chú ý tới một số bệnh sau:



2.1. Rối loạn chuyển hóa dinh dưỡng

2.2. Ngộ độc thuốc mạn tính: thường là do dùng thuốc an thần, không đúng chỉ định, kéo dài, quá liều lượng

2.3. Nhiễm trùng mạn tính: giang mai, AIDS

2.4. Viêm não: hiện nay viêm não ở người lớn và viêm não ở trẻ em đều có tỷ lệ đáng kể di chứng về tâm thần - sa sút trí tuệ).

2.5. Sang chấn sợ - nhất là sang chấn sợ trong tai nạn giao thông hiện nay.

2.6. Sa sút trong các bệnh thoái hóa ở não

Bệnh Alzheimer

Nhồi máu đa ổ

Hỗn hợp Alzheimer và nhồi máu đa ổ

3. Cố gắng phát hiện sớm: chứng sa sút trí tuệ

3.1. Phát hiện sớm chứng sa sút trí tuệ chính là nhận ra được chứng suy giảm nhận thức nhẹ về trí nhớ.

3.2. Cần đánh giá toàn diện về lâm sàng của suy giảm nhận thức nhẹ về trí nhớ.

Cần xem thái độ của người bệnh đối với hiện tượng quên đồng thời nhận xét của người xung quanh người bệnh (người trong gia đình, trong cơ quan...)

3.3. Cần đánh giá người bệnh qua các test về thần kinh tâm lý, trước hết là test của Folstein, đồng thời phải đánh giá tình trạng người bệnh qua các xét nghiệm cơ bản (huyết học, sinh hóa), qua hình ảnh học não: chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, chụp cắt lớp phát xạ điện tử dương.

4. Điều trị

4.1. Điều trị sa sút trí tuệ trong bệnh thoái hóa ở não

Là vấn đề nan giải. Nan giải một phần vì nhiều quan điểm lý thuyết, về cơ chế tác động thuốc, một phần vì tình trạng của người bệnh (già, yếu chịu đựng, đa bệnh lý).

4.2. Cần sớm nhận ra chứng suy giảm nhận thức nhẹ để điều trị kịp thời

Thuốc cải thiện tuần hoàn não: cavinton, piracetam, nootrotyl..

Yếu tố dinh dưỡng thần kinh - có thể ngăn chặn, hoặc làm chậm quá trình thoái hóa neuron. Có thể điều hòa sự tổng hợp các chất trung gian dẫn truyền thần kinh: girebrolysin, ginkgoGiloba...

Vitamin E: có tác dụng làm chậm quá trình thoái hóa mất myelin.



4.3. Phục hồi chức năng tâm lý (xem thêm ở phần phục hồi chức năng)

Có thể dùng ngay bảng Folstein để "huấn luyện lại trí nhớ" cho người bệnh.

TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO (Xem ở trên)

TĂNG ĐỘNG (Còn gọi là các động tác bất thường)

Các chứng tăng động tác là những rối loạn do tổn thương các nhân xám trung ương - các nhân của hệ ngoại tháp, do đó biểu hiện lâm sàng rất phức tạp, đa dạng với nhiều căn nguyên khác nhau.

Mặt khác ngay tại nhân xám, cũng tùy quá trình tổn thương, cùng sự liên hệ tác động của những nhân xám nên biểu hiện ra hoặc dưới dạng loạn trương lực, tăng trương lực hoặc ngược lại, tăng động tác.

1. Chẩn đoán

Cần phân tích kỹ để nhận ra tính chất của tăng động để có thể định khu

1.1. Có loại tăng động biên độ thấp: đó là giật sợi, giật thớ cơ, các loại run, loại co thắt, co cứng. Và các loại tăng động biên độ lớn, đó là co giật, múa giật, múa vung nửa người.

1.2. Thường là rối loạn trương lực có phối hợp với tăng động trong các tổn thương: tăng trương lực cùng với tăng động biên độ thấp ví dụ hiện tượng run trong tăng trương lực giảm động tác "Chứng Parkinson"

1.3. Các trường hợp tăng động biên độ lớn thường có kèm theo giảm trương lực ví dụ trong bệnh múa giật - do tổn thương ở thể vân mới có thể lan toả ở vỏ não, ở dưới đồi thị...

Cần phân biệt múa giật ở người lớn: chú ý tới bệnh u não, viêm nhiễm, thoái hóa; múa giật ở trẻ em - múa giật Sydenham có liên quan tới thấp khớp, các bệnh não trẻ em, các viêm não.

2. Nguyên tắc điều trị chứng tăng động

Do tính chất phối hợp tổn thương và phối hợp quá trình tổn thương ngay tại từng nhân xám nên điều trị tùy thuộc vào phạm vi thương tổn; có trường hợp tăng động lại chỉ cần điều trị ở rối loạn trương lực hoặc cần điều trị ngay tại cấu trúc đó, ví dụ chứng run trong tổn thương tiểu não.

2.1. Điều trị chứng múa giật (xem từ này)

2.2. Phẫu thuật định vị vào các đường vòng tác ngược các cơ chế của parkinson, của tiểu não, của bệnh múa giật.

THẤT ĐIỀU

Thất điều (Ataxia) còn gọi là loạn choạng là hội chứng rối loạn thăng bằng và rối loạn phối hợp các cử động.

Phát hiện thất điều qua các nghiệm pháp "ngón tay chỉ mũi"; "gót chân đầu gối", lật úp bàn tay liên tiếp (liên động) và dấu Romberg

Cần phân biệt thất điều của tabét, tiểu não hay của tiền đình (bảng 5).

Bảng 5: Phân biệt các loại thất điều

Biểu hiện rối loạn	Tabét	Tiểu não	Tiền đình
Rối tầm	++	0	0
Quá tầm	0	++	0
Mất liên động	-	++	-
Dấu Romberg	+	±	+
			(kiểu tiền đình theo tư thế của đầu).

TỤ MÁU DƯỚI MÀNG CỨNG

Thường có liên quan với sang chấn sọ, thường chảy máu vùng Gerard - Marchant gây tụ máu dưới màng cứng.

1. Xác định

Có biểu hiện hội chứng choán chỗ, có tiền sử sang chấn với khu trú nửa người, vang giữa lệch và dịch não tủy không có máu, thường màu hồng vàng.

2. Điều trị phẫu thuật

Thường chú ý điều trị thuốc men và phục hồi chức năng sau phẫu thuật.



TỤ MÁU DƯỚI NHỆN

Có biểu hiện hội chứng màng não, hội chứng choán chỗ, rối loạn ý thức và có máu không đông trong dịch não tủy.

Có thể do sang chấn, có thể gặp ở tai biến mạch máu não.

Điều trị

Tuỳ từng trường hợp, có chỉ định phẫu thuật.

Điều trị hồi sức cấp cứu của tai biến mạch máu não.

TỤ MÁU TRONG NÃO

"Bọc máu trong não tự phát" - Thường có biểu hiện như tai biến mạch máu não.

Tỉnh lại rồi đi vào rối loạn ý thức, hôn mê, hoặc có biểu hiện co giật, rối loạn ý thức và bại - liệt nửa người.

Điều trị: phẫu thuật

THẤT DỤNG

Còn gọi là mất thực vận - Là một loại rối loạn chức năng cao cấp ở vỏ não, có liên quan tới ưu thế bán cầu (thuận tay).

1. Các biểu hiện này bao gồm nhiều loại

- Mất khả năng sắp xếp triển khai các chương trình hoạt động vận động.
- Mất khả năng sử dụng các đồ vật dụng cụ.
- Mất nhận thức định khu cơ thể, không biết bệnh.
- Mất khả năng đọc, tính, số.

2. Mất thực vận thường liên quan tới những tổn thương ở vùng đỉnh dưới hoặc ở phía đỉnh của hồi viên trái...

Có thể phát hiện qua các test: ví dụ nghiệm pháp 3 tờ giấy, nghiệm pháp 3 que diêm.

THẤT NGÔN

Còn gọi là mất ngôn ngữ - Là một loại rối loạn chức năng cao cấp ở vỏ não, có liên quan tới ưu thế bán cầu (thuận tay...).

1. Ngôn ngữ không chỉ là những từ riêng biệt mà là những câu, những từ ngữ để diễn tả tư duy.

Có nhiều loại rối loạn ngôn ngữ: mất vận ngôn kiểu Broca, mù viết, mù đọc, mất cảm ngôn Wernicke

2. Thất vận động Broca - Người bệnh mất khả năng nói (còn khả năng hiểu lời nói).

Cần phân biệt với rối loạn phát âm của dây IX, X, XI thường có kèm theo liệt VII trung ương.

Thường là do tổn thương phần dưới của hồi trung tâm trước và có liên quan nhiều tới tổn thương nhánh động mạch đỉnh ba của nhánh nông động mạch não giữa.

3. Thất cảm ngôn Wernicke

Người bệnh không hiểu khi người khác nói. Có rối loạn về lý giải, không hiểu lời nói, không nêu được hình ảnh, nói không đúng.

Thường là do tổn thương ở thùy thái dương, ở hồi khếp rãnh Sylvius, hồi nếp cong ở hồi thứ nhất thái dương.

THẤT TRI

Còn gọi là mất nhận thức. Có nhiều loại mất nhận thức: mất nhận thức về cảm giác, mất nhận thức về các giác quan và tổn thương ở các khu vực tương ứng ở vỏ não.

1. Mất nhận thức về cảm giác

- Mất cảm giác nhận biết đồ vật.



- Mất cảm giác tư thế vị trí.

2. Mất nhận thức về thị giác

Tổn thương huỷ hoại gây mù vỏ não; người bệnh thấy không gian trống rỗng, không sáng không tối...

Đặc biệt, khi tổn thương ở diện 19, người bệnh vẫn trông thấy (thị lực tốt) nhưng không phân biệt được đối tượng không nhận ra đối tượng. Người bệnh phải sờ, nghe mới biết đối tượng, không có khái niệm về không gian.

3. Mất nhận thức về thính giác

Người bệnh có hiện tượng thiếu hiểu biết về lời nói về âm nhạc...

Có một hình thái rối loạn cảm ngôn.

U NÃO

U não là những tổ chức đệm thần kinh phát triển không bình thường ở một vị trí nào đó trong não và gây chèn ép não.

Có nhiều loại u não với nhiều thể lâm sàng.

1. Nhận ra u não

Thường dựa vào triệu chứng khu trú nguyên phát và khu trú thứ phát (do phù não...) cùng các biểu hiện của hội chứng tăng áp lực trong sọ (nhức đầu, nôn mửa và phù gai thị). Cần phân định với những biểu hiện của một số bệnh hệ nội (ví dụ nhức đầu của các chuyên khoa khác), phân định u và viêm. Cần xác định vị trí u não - trước hết cần phân định u trên lều và u dưới lều (u hố sau); ở trẻ em thường là u hố sau và cần chú ý tới thay đổi về tính tình của trẻ, hiện tượng giãn khớp sọ qua X quang sọ.

Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính sẽ giúp ta xác định chẩn đoán vị trí khối u.

2. Điều trị phẫu thuật là chủ yếu

Điều trị nội khoa chống hội chứng tăng áp lực trong sọ nhằm dễ dàng cho chẩn đoán xác định và khu trú khối u não hoặc trong khi chờ đợi phẫu thuật. Phục hồi chức năng thần kinh là cần thiết cho sau phẫu thuật u não.

U TUY

U tủy là những tổ chức bao bọc và bảo vệ các phần của tủy sống, phát triển không bình thường ở một vị trí nào đó của tủy sống và gây bệnh cảnh ép tủy. Có nhiều loại u tủy: u trong tủy, u ngoài tủy, u lành tính, u ác tính... u tủy cổ, u tủy lưng, u chóp cùng tủy.

1. Xác định u tủy

Dựa vào phân tích biểu hiện của giai đoạn ép rễ, giai đoạn ép tủy và tắc đường lưu thông dịch não tủy. Phân biệt u tủy với các căn nguyên chèn ép khác (lao đốt sống, viêm dây dĩnh).

Xác định vị trí của u tủy dựa vào ranh giới của rối loạn cảm giác dẫn truyền, bằng X quang thần kinh có chuẩn bị và không chuẩn bị.

2. Điều trị

Chủ yếu là phẫu thuật. Chú ý phục hồi chức năng sau phẫu thuật.

UNG THƯ ĐỐT SỐNG

Ung thư đốt sống nguyên phát và thứ phát đều gây ra hội chứng ép tủy gây liệt hai chi dưới (liệt tứ chi nếu tổn thương ở trên C4 (xem thêm phần ép tủy)).

Ứ NƯỚC NÃO

Ứ nước não là hiện tượng ứ đọng dịch não tủy ở các não thất, các khoang dưới nhện, thường gặp ở trẻ em.

1. Xác định ứ nước não

Là đánh giá qua kích thước vòng đầu, đầu trẻ to nhanh, có thể có nhúc đầu nôn mửa, phù gai thị với các hội chứng kích thích tháp ở một bên hoặc ở hai bên, hội chứng tiểu não.



Có nhiều phân loại - nguyên nhân của ứ nước não, dị tật phát triển của não, sang chấn (trong thai, khi đẻ, trong sinh hoạt), nhiễm khuẩn (viêm não màng não, do giang mai) ứ phù (rối loạn tuần hoàn tĩnh mạch, sẹo dày dính, u chèn ép...).

2. Điều trị

- Điều trị theo nguyên nhân: chống nhiễm khuẩn, sang chấn...
- Điều trị triệu chứng: làm giảm áp lực dịch não tủy, chống phù não, chọc dò não thất qua khoang sọ.

VIÊM MÀNG NÃO

Viêm màng não là biểu hiện tổn thương các màng não và tủy.

Biểu hiện có hội chứng màng não và có một số hội chứng, triệu chứng đặc biệt tủy theo nguyên nhân.

Có nhiều phân loại viêm màng não: theo nguyên nhân như viêm màng não do lao, do giang mai, do não mô cầu...; theo diễn biến như viêm màng não cấp, bán cấp và viêm màng não kinh diễn; theo tính chất thay đổi ở dịch não tủy như viêm màng não nước trong, viêm màng não mủ; theo thành phần giải phẫu như viêm màng não ở nền...

1. Viêm màng não do lao

Viêm màng não do lao là một trong những bệnh quan trọng của nhiễm khuẩn thân kinh, với cơ chế bệnh sinh đa dạng, từ đó có nhiều biểu hiện triệu chứng phức tạp qua nhiều giai đoạn âm ỷ hay bùng nổ tủy theo mức độ tổn thương và sức đề kháng của cơ thể.

1.1. Xác định viêm màng não do lao

Dựa trên phân tích các biểu hiện triệu chứng rải rác, xen kẽ nhiều tăng (vùng gian não tới vỏ não trán), các rối loạn tâm thần (rối loạn ý thức với các ý tưởng sáng, ảo giác, lú lẫn hoặc kích động), rối loạn trí nhớ và rối loạn tư duy. Kết hợp với biến thiên của protein và tế bào trong dịch não tủy.

Cần phân định với áp xe não, thể màng não của bại liệt, u não, viêm màng não do căn nguyên khác.

Chú ý tới những thể mạn tính của viêm màng não do lao: viêm màng não nhu mô não thất (lan toả hoặc khu trú, kết hợp với ứ nước não hay phồng

hợp với viêm dày dính khác), viêm màng não tuỷ (viêm mạch máu lan toả, viêm nội động mạch, huyết khối), viêm dày dính màng não lan toả hoặc khu trú, viêm não - màng não mạn tính, biến thể của củ lao.

1.2. Điều trị

Điều trị viêm màng não do lao phải toàn diện và tập trung, sau đó phải điều trị bảo tồn và phục hồi chức năng.

1.2.1. Trường hợp cấp tính: cần điều trị như các viêm màng não khác: chườm lạnh, hạ nhiệt độ, chọc dò sống thất lưng lấy dịch não tuỷ để giảm áp lực, chống co giật, chống rối loạn thần kinh thực vật, dinh dưỡng cơ thể...

1.2.2. Điều trị hỗn hợp rifamycin sau đó cho rimifon

Điều trị hỗn hợp streptomycin và rimifon với ba sơ đồ sau

Cho streptomycin vào khoang dưới nhện, tiêm bắp và cho corticoid; hoặc streptomycin tiêm bắp hay tiêm vào dịch não tuỷ và uống INH.

Một phác đồ cụ thể (Khodotz): uống INH và tiêm streptomycin vào bắp và xen kẽ vào dịch não tuỷ cùng cho PAS.

PAS: 0,20g/kg cân nặng/24 giờ, chia làm 4 lần trong ngày trong ba tháng như INH

Streptomycin.

Dưới 4 tuổi: 0,02g-0,25g/24 giờ.

4-7 tuổi: 0,25 - 0,30g/24 giờ

8-12 tuổi: 0,30g-0,50g/24 giờ

Người lớn: 0,50-1g/24 giờ trong 9 tháng

INH: 40mg/kg cân nặng/24 giờ trong ba tháng. Trường hợp nặng cho liều cao hơn. Uống trước bữa ăn, chia làm ba lần trong ngày; theo dõi tình trạng tâm lý.

Streptomycin sulfat tiêm vào dịch não tuỷ với liều lượng sau:

Dưới 1 tuổi 0,01-0,15g.

1-3 tuổi: 0,01g-0,03g

4-7 tuổi: 0,03g-0,05g

8-12 tuổi: 0,05g-0,075g

Ngoài ra có thể dùng saluzid, rifampicin; các loại corticoid, vitamin liệu pháp cũng như chế độ ăn uống cho người bệnh.

1.2.3. Điều trị lâu dài: sau thời gian điều trị 3-6 tháng phải tiếp tục điều trị hiện tượng tăng trương lực, kích thích thấp, kích thích giãn mạch, chống co thắt cơ trơn ở dạ dày, mật...



2. Viêm màng não mủ

Là bệnh tích phát triển do quá trình viêm mủ ở sọ, màng mềm, hoặc qua đường máu, đường bạch mạch từ một ổ nhiễm khuẩn nào đó ở cơ thể - và thường khu trú ở màng não vùng vòm sọ.

2.1. Chẩn đoán

Dựa vào những biểu hiện xuất hiện nhanh có nhiễm khuẩn sốt, trạng thái kích thích, co giật động kinh cùng những biểu hiện tâm thần do nhiễm khuẩn.

Ở trẻ nhỏ, chỉ có thóp phồng, vạch màng não (+), dịch não tủy đục, tăng áp lực, có protein tăng và tế bào đa nhân tăng. Cần phân định với hội chứng não cấp trong viêm não Nhật Bản, với viêm màng não do lao, với u não.

Chú ý tìm các căn nguyên: biến chứng của sang chấn sọ, viêm tai giữa mạn tính, quá trình viêm mủ ở vùng hàm mặt, của đường hô hấp (viêm phổi, giãn phế quản, viêm màng phổi, áp xe phổi...).

2.2. Điều trị

Cần chẩn đoán sớm, tích cực và quyết định loại kháng sinh dựa vào kháng sinh đồ.

- Phế cầu khuẩn: dùng sulfamid
- Não mô khuẩn: sulfamid và corticoid.
- Liên cầu khuẩn và tụ cầu khuẩn: chloramphenicol và aureomycin 0,05-0,10g cho 1kg cân nặng trong 24 giờ.

Phối hợp thêm với streptomycin 0,50-1g tiêm bắp.

Ngoài ra, có thể có vi khuẩn đường ruột gây viêm màng não mủ, dùng chloramphenicol và aureomycin.

VIÊM MÀNG NHỆN

Do đặc điểm cấu tạo của màng nhện nên khi có tổn thương viêm nhiễm thường dễ bị dày lên thành những "định khu" những u nang.

1. Viêm màng nhện thường là thứ phát sau một nhiễm khuẩn chung, đặc biệt thứ phát sau bệnh lao. Một số viêm màng nhện tuỷ do tai biến sau khi mổ u tuỷ hay do còn tồn lại chất cản quang khi chụp tuỷ...

2. Tuỳ theo vị trí, có viêm màng nhện ở não viêm màng nhện ở tuỷ. Thông thường, cần chú ý tới viêm màng nhện ở vùng diện giữa (Rolando, liệt nửa người, cơn co giật cục bộ), viêm màng nhện ở vùng chéo thị (giảm thị lực, thị trường hình ống, có thể có phù điểm mù dẫn tới teo thị giác), viêm màng nhện hố sau (thường ở vùng góc cầu tiểu não) và viêm màng nhện ở tuỷ (bệnh cảnh ép tuỷ).

3. Nhận ra viêm màng nhện thường là khó

Cần phải đánh giá, theo dõi kỹ những dấu hiệu cùng diễn biến lâm sàng (từng đợt): dịch não tuỷ có thể có phân ly nhẹ protein và tế bào; phải đánh giá so sánh với kết quả của các thăm dò chức năng. Đối với viêm màng nhện ở tuỷ, có thể thấy hình "chuối hạt" qua chụp tuỷ có cản quang. Nói chung nhận ra viêm màng nhện là khó, nhiều khi chỉ "thấy" được qua can thiệp phẫu thuật.

4. Điều trị

Trường hợp viêm màng nhện tuỷ có biểu hiện chèn ép tắc nghẽn thì cần phẫu thuật.

Điều trị nội khoa, chống nhiễm khuẩn thuốc kháng viêm và phục hồi chức năng vận động là chủ yếu.

VIÊM NÃO

Là loại bệnh quan trọng của nhiễm khuẩn thần kinh gây nhiều loại tổn thương ở não. Phân biệt viêm não nguyên phát và viêm não thứ phát. Viêm não thứ phát và biểu hiện tổn thương não sau các bệnh nhiễm khuẩn chung như cúm, sởi, thương hàn, sau các bệnh ký sinh trùng (sốt rét...), nhiễm độc, sau tiêm chủng.

Viêm não nguyên phát do virus hướng thần kinh gây nên những biểu hiện phản ứng chống đỡ tích cực tại chỗ, tức thời - phản ứng phức hệ viêm não nhiều hơn và huỷ hoại. Đặc điểm chung là viêm não chất xám vỏ não, đặc biệt là vỏ thùy thái dương và các nhân xám trung ương, nhất là đồi thị và não dinh dưỡng, hạ khâu não, thân não cùng cấu tạo lưới và tiểu não. Từ đó có biểu hiện chung ở lâm sàng là hội chứng não cấp với các loại hội chứng thần kinh và tâm thần.

Điều trị viêm não chủ yếu là tiến hành hồi sức cấp cứu về nội khoa, tiếp đó là hồi phục chức năng về vận động và về tâm lý.

VIÊM NÃO Ở NGƯỜI LỚN

Là loại bệnh có tính chất "thời sự hiện nay" ở Việt Nam với những biểu hiện bắt đầu và toàn phát khá đa dạng (nhiều thể lâm sàng).

Nhận ra viêm não ở người lớn thường đòi hỏi ở sự theo dõi, phát hiện đánh giá phân tích tổng hợp những biểu hiện của người bệnh về toàn bộ triệu chứng của tất cả các đường tiếp thu và giải đáp của hệ thần kinh trung ương cũng như hoạt động tâm lý tâm thần. Do đó với tình hình hiện nay, người bệnh thường đến ở giai đoạn cấp cứu (xem lại phần cấp cứu).

VIÊM NHIỀU DÂY THẦN KINH

Hiện nay được gọi từ "Bệnh dây thần kinh" vì cơ chế bệnh sinh phức tạp, nhiễm độc, thoái hóa, rối loạn chuyển hóa.

1. Xác định

Dựa vào hội chứng vận động ngoại biên theo khu vực dây thần kinh ở hai bên cơ thể và thường ở ngón chi. Cần phân định với các bệnh do tổn thương thần kinh ngoại biên (viêm sừng trước tuỷ, bệnh cơ).

Chú ý các nguyên nhân: nhiễm khuẩn (sau các bệnh thương hàn, cúm, bạch hầu), nhiễm độc (nhiễm độc chì, thuốc ngủ, nội độc như ở bệnh đái tháo đường), do rối loạn chuyển hóa, thiếu vitamin như vitamin B₁, PP, B₆... nhất là thiếu vitamin B₁ (bệnh tê phù ở tuổi trẻ, dị cảm cơn cứng, căng cơ, chóng mỏi...)

2. Điều trị

- Điều trị theo nguyên nhân: chống nhiễm khuẩn, chống viêm.
- Tăng cường thuốc vitamin nhóm B.
- Phục hồi chức năng thần kinh về vận động kết hợp cho thuốc như nivalin.

VIÊM NHIỀU RỄ DÂY THẦN KINH

Thường gặp viêm nhiều rễ dây thần kinh Guillain Barré

1. Chẩn đoán dựa vào

Tổn thương đối xứng hai bên, có loạn cảm, hội chứng vận động ngoại biên với phân ly protein và tế bào trong dịch não tủy.

Phân định với các bệnh thần kinh ngoại biên có nhiều thể lâm sàng: liệt tứ chi, liệt đối xứng các dây thần kinh sọ nhất là liệt VII ngoại biên hai bên, liệt hai chi dưới.

2. Điều trị

- Chống nhiễm khuẩn: biomyxin 1-2g/ngày trong 10-12 ngày.
- Hydrortancyl vào dịch não tủy mỗi lần tiêm 2-3 ml trong 10-12 ngày.

Trường hợp vừa và nhẹ: vitamin B1 0,025g-10 ống/ngày.

Phục hồi chức năng vận động ngay từ ngày đầu.

VIÊM TẮC XOANG TĨNH MẠCH

Xoang tĩnh mạch là một cấu tạo đặc biệt của tuần hoàn não. Cấu tạo các xoang là sự tạo thành đặc biệt của màng cứng; có nhiều loại xoang tĩnh mạch: xoang tĩnh mạch dọc trên, xoang tĩnh mạch hang, xoang thẳng. Từ những "tên gọi" đó có liên quan chặt chẽ với những định khu chức năng lâm sàng ở vùng đó.

1. Có nhiều nguyên nhân gây tắc xoang tĩnh mạch, tùy từng loại xoang và tùy tác động tại chỗ (vùng sọ mặt) hay từ nơi khác tới (biến chứng của nhiễm trùng sản khoa).

2. Biểu hiện lâm sàng thì tùy theo xoang tĩnh mạch bị tổn thương. Ví dụ viêm tắc xoang tĩnh mạch hang gây liệt dây III, IV, VI và nhánh cảm giác thứ nhất của dây V (cần phân biệt với hội chứng khe bướm, với phình mạch cảnh trong ở đoạn xoang hang).



Viêm tắc xoang tĩnh mạch dọc trên sẽ có liệt hai chi dưới (phân biệt với tổn thương hồi nhỏ cạnh giữa do u não, u thể trai...). Mặt khác, cũng tùy phản ứng cơ thể, có thể có nhiễm khuẩn, hội chứng nhiễm khuẩn từ nhẹ tới nặng.

Trong thể viêm tắc xoang tĩnh mạch não - có thể có biểu hiện cấp tính với những bệnh cảnh của tai biến mạch máu não, phù não.

3. Điều trị: tùy loại thể cùng diễn biến mà có cách điều trị khác nhau...

VIÊM TUY

Là trạng thái viêm nhiễm thoái hóa các thành phần ở tủy sống mà chủ yếu là chất trắng và biểu hiện ở lâm sàng là hội chứng liệt hai chi dưới hoặc liệt tứ chi (nếu tổn thương ở trên tủy cổ 4).

1. Phân biệt

Viêm tủy nguyên phát và viêm tủy thứ phát. Viêm tủy thứ phát là tổn thương tủy xảy ra sau các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính chung như sau quai bị, sởi, mận tính như lao, giang mai, hoặc sau các biến chứng của tiêm chủng (tiêm chủng trừ dại...)

Viêm tủy nguyên phát xảy ra do các loại virus hướng thần kinh: viêm tủy toàn bộ (tổn thương từ chóp cùng đi lên), có thể "tiến lên" lan lên cao tới tủy cổ - thể Landry dễ tử vong (xem phần viêm tủy cấp tính); viêm tủy cắt ngang (tổn thương treo ở một vài khoanh tủy) dễ chuyển từ liệt mềm chuyển sang liệt cứng (trong vòng từ ngày thứ nhất tới ngày thứ 45).

2. Xác định viêm tủy

Nói chung không khó, cũng cần phân định liệt trung ương hay ngoại biên, phân biệt viêm tủy và ép tủy.

3. Điều trị

a. *Điều trị viêm tủy cấp:* xem ở phần cấp cứu

b. *Điều trị viêm tủy hiện nay* là điều trị triệu chứng: chống viêm nhiễm, chống loét và chống rối loạn cơ tròn; phải chú ý theo dõi diễn biến của phản xạ gân xương và cần phải sớm tiến hành phục hồi chức năng về vận động.

XƠ CỨNG CỘT BÊN TEO CƠ

Xơ cứng cột bên teo cơ - còn gọi là bệnh CHARCOT là bệnh do tổn thương thoái hóa sừng trước tủy và bó tháp trước hết là tủy sống.

1. Chẩn đoán

Nhận ra bệnh này dựa vào sự phối hợp tổn thương ngoại biên và tổn thương trung ương (theo chiều dọc và theo chiều ngang ở tủy sống). Chú ý tới hiện tượng giập sợi, teo cơ và liệt cứng hai chi dưới (hoặc liệt cứng tứ chi).

Chú ý tới thể môi - lưỡi - hầu: có giập sợi ở lưỡi, liệt các dây XII, dây IX-XI và liệt cứng tứ chi. Theo dõi thể này, để phòng rối loạn nhịp thở gây tử vong.

Nghiên cứu bệnh này qua các phản ứng điện di miễn dịch, điện di protein và điện di miễn dịch ở dịch não tủy (các xét nghiệm khác đều ở giới hạn bình thường).

2. Điều trị

Điều trị triệu chứng: vitamin nhóm B, gammaglobulin.

Tăng cường phục hồi chức năng thần kinh

Chú ý công tác tâm lý làm an tâm người bệnh.

XƠ CỨNG RẢI RÁC

Còn gọi là xơ cứng nhiều chỗ, nhiều ổ, nhiều mảng; xơ cứng từng đám.

Là do tổn thương thoái hóa lan toả ở hệ thần kinh trung ương - từ đó gây nên triệu chứng rất đa dạng, tiến triển thành từng đợt và thay đổi từng lúc, tùy theo vị trí tổn thương.

Là bệnh tự miễn, thường bắt đầu vào tuổi trưởng thành; tuy nhiên cũng có thể thấy ở dưới 15 tuổi và trên 40 tuổi.

1. Chẩn đoán

1.1. Nhận ra xơ cứng rải rác thường dựa vào khởi đầu đột ngột với những rối loạn vận động, những dị cảm, đôi khi có rối loạn thị giác, có hội chứng thần kinh rất đa dạng, tiến triển từng đợt, với những thời kỳ thuyên giảm ít hoặc nhiều. Có những thay đổi keo dạng ở dịch não tủy. Có những thay đổi biểu hiện thoái hóa tự miễn mất myelin trong điện di miễn dịch, dịch não tủy.



1.2. Cần phân định với nhiều loại bệnh của hệ thần kinh, từ phân biệt triệu chứng đơn độc (ví dụ giảm thị lực, rung giật nhãn cầu, thất điều kiểu tiểu não...) tới phân biệt những bệnh ở não, ở tuỷ sống. Do đó, đòi hỏi phải phân tích kỹ, đối chiếu lâm sàng và các thăm dò chức năng...

2. Điều trị

2.1. Điều trị theo hướng bệnh tự - miễn nói chung: tăng cường khả năng miễn dịch, cho gammaglobulin, thay đổi máu.

2.2. Điều trị triệu chứng: tùy từng trường hợp cụ thể, cần những thuốc giảm trương lực, điều hoà động tác, tăng cường vận mạch....

2.3. Phục hồi chức năng vận động: xoa bóp, bấm nắn kết hợp với vật lý trị liệu

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THẦN KINH

Phục hồi chức năng thần kinh là một trong những chuyên mục sôi nổi nhất có nhiều xu hướng nhất. Phục hồi chức năng thần kinh là phương pháp điều trị tích cực nhất cho tất cả các loại bệnh thần kinh ở giai đoạn cấp tính, giai đoạn ổn định.

Phục hồi chức năng thần kinh bao gồm phục hồi chức năng vận động và phục hồi chức năng tâm lý.

1. Nguyên tắc

1.1. Phục hồi chức năng thần kinh - nhất là phục hồi chức năng tâm lý đòi hỏi sự tham gia của nhiều ngành, nhiều người: Thầy thuốc - Người bệnh - Gia đình - Xã hội.

1.2. Phải tận dụng nhiều kết hợp

- Kết hợp thầy thuốc - người bệnh - gia đình - xã hội.
- Kết hợp giữa Y học hiện đại và y học cổ truyền dân tộc, điều trị nội trú và điều trị ngoại trú.
- Kết hợp điều trị ngay tại giường bệnh với điều trị tại cơ sở phục hồi chức năng.
- Kết hợp giữa cán bộ điều trị (bác sĩ, điều dưỡng) với cán bộ chuyên về phục hồi chức năng vận động, chức năng tâm lý (bác sĩ, y tá, kỹ thuật viên, người làm tâm lý).
- Kết hợp giữa tập vận động - xoa bóp - dụng cụ - thuốc men



1.3. Công tác tâm lý đối với người bệnh làm người bệnh an tâm tin tưởng và quyết tâm chữa bệnh, tự tập luyện một cách kiên trì: kiên trì trong tập thở (khí công, thiền), luyện trí nhớ và tĩnh tâm.

Có thể dùng ngay bảng Folstein để tiến hành "huấn luyện trí nhớ" cho người bệnh. Người làm tâm lý phải kiên trì, bình tĩnh, hướng dẫn cho người bệnh.

1.4. Động viên, giúp đỡ người bệnh "hoà mình" vào cộng đồng như (tùy từng bệnh, tuổi).

Sinh hoạt các câu lạc bộ: câu lạc bộ cờ, câu lạc bộ văn thơ, câu lạc bộ thể dục, khí công, dưỡng sinh...

1.5. Kết hợp cho người bệnh cân bằng giữa ăn uống và nghỉ ngơi, nhằm nâng cao sức khỏe toàn diện cho người bệnh.

2. Phục hồi chức năng vận động

Phục hồi chức năng vận động bao gồm:

2.1. Tập vận động liên tục, kiên trì, tập có dụng cụ và không dụng cụ.

2.2. Thuốc: thuốc tăng cường xung động thần kinh, thuốc vitamin nhóm B (vitamin B₁, B₆, B₁₂); thuốc tăng cường dinh dưỡng não điều chỉnh vận mạch (Sermom, Cavinton, Pervincamin, Prexilene...) thuốc hoạt hóa như Centrophenoxin (Lucidril, Meclophenoxat, Analux...); yếu tố dinh dưỡng thần kinh (Cerebrolym, Ginkgo Giloba...) vitamin E

2.3. Tăng cường sử dụng lý liệu pháp và xoa bóp, châm cứu

2.4. Khí công, tập thở, thiền...

3. Phục hồi chức năng tâm lý - trước hết là ngôn ngữ rất phức tạp đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ của các chuyên khoa thần kinh, tâm thần, ngôn ngữ, giáo dục, tâm lý....

Phần

TÂM THẦN

*Biên soạn: BSKII. Nguyễn M. Tuấn
Phó Viện Trưởng Viện Sức khỏe tâm thần*

RỐI LOẠN LO ÂU

(anxiety disorder)

Lo âu là một triệu chứng xuất hiện trong nhiều bệnh tâm thần và cơ thể khác nhau.

Trong bảng phân loại bệnh quốc tế 10 của Tổ chức Y tế Thế giới, lo âu chủ yếu được xếp vào 2 mục lớn F40 và F41.

F40: các rối loạn lo âu ám ảnh sợ.

F41: rối loạn lo âu lan tỏa.

Tập sách về chẩn đoán và thống kê các rối loạn Tâm thần lần 4 (DSM 4) của hội Tâm thần học Mỹ đưa vào chương “ các rối loạn lo âu” nhiều rối loạn hơn như: các rối loạn hoảng sợ, ám ảnh sợ các loại, các rối loạn do stress, rối loạn lo âu lan tỏa, rối loạn lo âu do bệnh cơ thể v.v.

Ở đây chỉ xin trình bày rối loạn lo âu lan tỏa và rối loạn lo âu do bệnh cơ thể, là những rối loạn lo âu gặp nhiều nhất trong các cơ sở khám chữa bệnh đa khoa.

I. RỐI LOẠN LO ÂU LAN TỎA

Rối loạn lo âu lan tỏa là một loại lo âu có tính chất dai dẳng (mạn tính) và mở rộng chứ không khu trú hay nổi bật lên trong một giai đoạn hay một hoàn cảnh đặc biệt nào.

Rối loạn lo âu lan tỏa phổ biến ở phụ nữ nhiều hơn ở nam giới và thường có liên quan đến các đặc điểm nhân cách và các stress tâm lý xã hội.

1. Chẩn đoán xác định rối loạn lo âu lan tỏa

Dựa vào các đặc điểm lâm sàng sau đây:

1. Bệnh nhân có các triệu chứng lo âu nguyên phát trong đa số các ngày của ít nhất nhiều tuần, thường là trong nhiều tháng (theo DSM 4 là 6 tháng).
2. Bệnh nhân thường lo lắng sợ hãi về những điều bất hạnh trong tương lai có thể xảy ra cho mình và cho người thân.
3. Bệnh nhân luôn cảm thấy căng thẳng trong vận động (bồn chồn, đứng ngồi không yên), đau đầu, run rẩy, khó thư giãn, dễ cáu, khó tập trung tư tưởng.

4. Hệ thần kinh thực vật hoạt động quá mức: ra nhiều mồ hôi, mạch nhanh, thở gấp, khó chịu vùng thượng vị, đầu óc trống rỗng, chóng mặt, khô mồm v.v

2. Chẩn đoán phân biệt

Thường trong hội chứng trầm cảm có triệu chứng lo âu nhẹ và trong hội chứng lo âu có triệu chứng trầm cảm xuất hiện từng lúc. Vì vậy chẩn đoán phân biệt cần làm trước tiên là phân biệt giữa lo âu và trầm cảm.

Nếu trầm cảm chỉ xuất hiện nhất thời và không có đầy đủ các triệu chứng cơ bản thì vẫn giữ chẩn đoán rối loạn lo âu lan tỏa như một chẩn đoán chính.

Nếu nhóm triệu chứng của lo âu và của trầm cảm đều có nhưng không nhóm nào đủ nặng và chiếm ưu thế để làm chẩn đoán chính thì dùng mục F41.2, rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm.

Muốn chẩn đoán phân biệt với các rối loạn tâm thần phức tạp khác, cần có sự hợp tác giữa thầy thuốc đa khoa và thầy thuốc tâm thần.

3. Các nguyên tắc hướng dẫn điều trị rối loạn lo âu lan tỏa

3.1. Phương thức điều trị

Rối loạn lo âu lan tỏa tiến triển mạn tính, thường có cường độ nhẹ hay vừa, nên phương thức điều trị chủ yếu là điều trị ngoại trú. Chỉ chữa nội trú ở các cơ sở tâm thần đối với các trường hợp phức tạp và/hay kết hợp với một rối loạn tâm thần nặng.

3.2. Chọn loại thuốc

- Chủ yếu là các loại thuốc giải lo âu. Các loại thường dùng là:
- Thuốc benzodiazepin (BZD) có rất nhiều loại (Seduxen, Valium, Lexomil...).
- Đối với những bệnh nhân đã dùng nhiều loại BZD thì chọn loại BZD trước kia đã đem lại nhiều kết quả.

3.3. Chọn liều lượng

Liều có hiệu quả khác nhau tùy theo từng bệnh nhân. Cần thăm dò liều từ thấp đến cao. Ví dụ đối với seduxen, valium là loại BZD thường được sử dụng thì liều từ 5-15mg/ngày.

3.4. Theo dõi điều trị

- Điều trị bằng BZD gặp khó khăn chủ yếu do rối loạn lo âu lan tỏa là một rối loạn mạn tính, phải điều trị lâu dài, mà dùng BZD lâu ngày thì lại gây trạng thái nghiện.

– Vì vậy thầy thuốc cần điều trị trong thời gian càng ngắn càng tốt (từ 4-6 tuần, tối đa 3 tháng) hoặc thay bằng loại thuốc giải lo âu không thuộc họ BZD như buspiron (Buspar).

3.5. Ngừng điều trị bằng BZD

Khi lo âu giảm nhiều, có thể nghĩ đến ngừng điều trị bằng BZD. Phải giảm liều từ từ, trong thời gian ít nhất là 2 tuần để tránh xuất hiện hội chứng cai và lo âu tái diễn.

3.6. Liệu pháp tâm lý

– Liệu pháp tâm lý nâng đỡ: trên cơ sở thiết lập mối quan hệ thầy thuốc-bệnh nhân tốt.

– Liệu pháp thư giãn - khí công của giáo sư Nguyễn Việt: ở Pháp, giáo sư Widlocher đã nghiên cứu khí công trong một thời gian dài và kết luận khí công có tác dụng giải lo âu rất tốt. Vì vậy liệu pháp thư giãn khí công có thể giúp rút ngắn thời gian điều trị bằng BZD, tránh nguy cơ nghiện BZD(xem thêm liệu pháp thư giãn khí công ở Bách khoa thư bệnh học tập II).

II. RỐI LOẠN LO ÂU DO BỆNH CƠ THỂ

1. Các tiêu chuẩn để xác định chẩn đoán

1. Thông qua bệnh sử, thăm khám cơ thể và xét nghiệm cận lâm sàng, chứng minh rối loạn này là hậu quả sinh lý trực tiếp của một bệnh cơ thể.

2. Bệnh cảnh lo âu ở đây gần giống bệnh cảnh lo âu lan tỏa, nhưng tiến triển phụ thuộc vào tiến triển của bệnh cơ thể (bệnh cơ thể càng nặng thì lo âu càng nhiều hơn).

3. Rối loạn lo âu này gây đau khổ và làm giảm sút đáng kể các hoạt động xã hội, nghề nghiệp và các hoạt động quan trọng khác của bệnh nhân.

2. Cách chứng minh lo âu này là do một bệnh cơ thể

1. Trước hết chứng minh là bệnh nhân có một bệnh cơ thể rõ ràng, thực sự.

2. Chứng minh tiếp là các triệu chứng lo âu có quan hệ về mặt căn nguyên với bệnh cơ thể này thông qua một cơ chế sinh lý bệnh.

3. Chứng minh thêm là có mối quan hệ về thời gian giữa các triệu chứng bắt đầu, tăng cao và thuyên giảm của bệnh cơ thể và các rối loạn lo âu.

3. Các bệnh cơ thể thường gây ra các rối loạn lo âu

– Nói chung bệnh cơ thể nào cũng có thể gây ra rối loạn lo âu, nhất là những bệnh cơ thể nặng.



- Tuy nhiên những bệnh cơ thể sau đây thường gây ra rối loạn lo âu nhiều hơn:

- + Các bệnh nội tiết (cường và thiếu năng giáp trạng), hạ đường huyết v.v.
- + Các bệnh tim mạch: tăng huyết áp, đau thắt ngực, loạn nhịp, suy tim.v.v.
- + Các bệnh hô hấp: hen phế quản, viêm phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.v.v...
- + Các bệnh thần kinh: các u bướu, rối loạn tiền đình, viêm não.v.v.

4. Các nguyên tắc hướng dẫn điều trị

1. Chủ yếu điều trị các bệnh cơ thể đã gây ra rối loạn lo âu.
2. Điều trị hội chứng lo âu: tương tự như điều trị rối loạn lo âu lan tỏa.
3. Theo dõi điều trị: nếu có những biến chứng phức tạp như kích động, ý tưởng muốn chết, nghiện BZD, cần hội chẩn với thầy thuốc tâm thần hay chuyển bệnh nhân sang cơ sở khám chữa tâm thần.

RỐI LOẠN TRẦM CẢM

(depressive disorder)

Trầm cảm là cảm xúc trầm lắng, hạ thấp (buồn rầu, bi quan), ngược với hưng cảm là cảm xúc hưng phấn, nâng cao (vui vẻ, lạc quan).

Theo bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 của Tổ chức Y tế Thế giới thì trầm cảm là một trong 5 loại rối loạn cảm xúc sau đây:

1. Giai đoạn hưng cảm(F30)
2. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực(F31), tức là trầm cảm xen kẽ với hưng cảm
3. Giai đoạn trầm cảm(F31)
4. Rối loạn trầm cảm tái diễn(F33)
5. Các rối loạn khí sắc dai dẳng(F34)

Trầm cảm là một rối loạn tâm thần thường gặp. Thường gặp vì theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới, 5% dân số thế giới bị rối loạn trầm cảm. Ở Mỹ tính trong 1 năm có 10,3% và tính trong cả đời có 17,1% dân số bị trầm cảm. Quan trọng vì trong trầm cảm ý tưởng tự sát là một triệu chứng thường có,



nếu không phát hiện sớm và điều trị kịp thời thì ý tưởng này sẽ chuyển sang hành vi tự sát có nguy cơ tử vong rất cao.

I. PHÂN LOẠI TRẦM CẢM

1. Phân loại theo nguyên nhân

1.1. Trầm cảm căn nguyên cơ thể

1. Trầm cảm thực tổn (do tổn thương não).
2. Trầm cảm triệu chứng (do các bệnh ngoài não)

1.2.. Trầm cảm nội sinh

1. Trầm cảm trong tâm thần phân liệt cảm xúc
2. Trầm cảm lưỡng cực (giai đoạn trầm cảm xen kẽ với giai đoạn hưng cảm).
3. Trầm cảm đơn cực (trong giai đoạn trầm cảm chỉ có các triệu chứng của trầm cảm).
4. Trầm cảm thoái triển (xuất hiện ở thời kỳ mãn kinh, trước tuổi già. v.v.).

1.3.. Trầm cảm tâm sinh

1. Trầm cảm tâm căn (do các đặc điểm riêng của nhân cách và tác động của các stress).
2. Trầm cảm suy kiệt (do các bệnh cơ thể và tâm thần dai dẳng).
3. Trầm cảm phản ứng (do các stress tâm lý, xã hội).

2. Phân loại theo các biểu hiện lâm sàng

2.1. Trầm cảm điển hình: các triệu chứng tâm thần và cơ thể xuất hiện rõ ràng đầy đủ, các triệu chứng tâm thần nổi lên hàng đầu.

2.2. Trầm cảm không điển hình: các triệu chứng cơ thể nổi lên hàng đầu, còn các triệu chứng tâm thần thì kín đáo, không rõ ràng, tiềm ẩn phía sau. Còn gọi là trầm cảm cơ thể hay trầm cảm ẩn.

Ở đây chỉ trình bày rối loạn trầm cảm điển hình, tiếp đến là rối loạn trầm cảm cơ thể, một rối loạn rất thường gặp ở các cơ sở khám chữa bệnh đa khoa vì lý do chủ yếu tới khám là các rối loạn cơ thể.

II. RỐI LOẠN TRẦM CẢM ĐIỂN HÌNH

- Gồm năm nhóm triệu chứng, trong đó có hai nhóm triệu chứng cơ bản:



1. Khí sắc trầm (buồn bệnh lý)

2. Trạng thái ức chế tâm lý vận động.

Và 3 nhóm triệu chứng kết hợp:

3. Lo âu

4. Biến đổi tính cách

5. Các triệu chứng cơ thể.

– Bốn nhóm triệu chứng bên trên là các triệu chứng tâm thần, thường nổi lên phía trước, còn nhóm thứ 5, các triệu chứng cơ thể, thường nằm ở phía sau.

– Hai nhóm triệu chứng cơ bản:

1. Khí sắc trầm (buồn bệnh lý), bao gồm:

- Đau khổ về tâm thần
- Mất mọi quan tâm thích thú
- Ý tưởng bị tội, không xứng đáng
- Ý tưởng muốn chết

2. Trạng thái ức chế tâm lý vận động

- Mệt mỗi ngày càng tăng
- Vận động chậm
- Suy nghĩ chậm

Ba nhóm triệu chứng kết hợp

3. Lo âu

- Thường nhẹ và bị khí sắc trầm che lấp
- Có thể chuyển sang kích động, tăng nguy cơ tự sát.

4. Biến đổi tính cách

- Có thể trở nên cáu gắt, hằn học, xâm phạm.
- Hành vi xâm phạm, nếu bị lên án, có thể thúc đẩy hành vi tự sát.

5. Các triệu chứng cơ thể

Rất đa dạng, thường gặp nhất là các rối loạn giấc ngủ và rối loạn tiêu hóa

a. *Rối loạn giấc ngủ*: đa số trường hợp mất ngủ, đặc biệt hay thức giấc sớm buổi sáng. Số ít trường hợp: ngủ nhiều

b. *Rối loạn tiêu hóa*: chủ yếu chán ăn, sút cân, táo bón. Hiếm hơn, ăn nhiều, lên cân, có thể có buồn nôn, tiêu chảy.

c. *Rối loạn thần kinh cơ*: đau nhiều loại, nhiều nơi (đau vùng ngực, đau cơ khớp, run giật cơ, đặc biệt đau đầu dai dẳng).

d. *Rối loạn tim mạch*: thường thuộc loại cường phó giao cảm (hạ huyết áp, mạch chậm.v.v.). Nếu lo âu tăng nhiều có thể ngược lại, cường giao cảm (tăng huyết áp, mạch nhanh.v.v.).

e. *Rối loạn tiết niệu sinh dục*: đái dắt, đái ít, giảm khoái cảm, bất lực, lãnh đạm tình dục. Hiếm thấy hơn, tăng tình dục.

III. RỐI LOẠN TRẦM CẢM CƠ THỂ

Trầm cảm cơ thể là một thể trầm cảm không điển hình, trong đó nhóm các triệu chứng cơ thể (nhóm thứ 5) chiếm vị trí nổi bật trong bệnh cảnh, còn 4 nhóm của triệu chứng tâm thần thì ẩn mình một cách kín đáo ở phía sau. Chính vì thế mà phát hiện trầm cảm cơ thể ở các đơn vị khám chữa đa khoa gặp nhiều khó khăn, nhiều trường hợp không được chẩn đoán đúng. Theo nghiên cứu của Kielholz ở 5 nước châu Âu thì trong những bệnh nhân đến các phòng khám đa khoa 10% có rối loạn trầm cảm và một nửa trong số đó(5%) là trầm cảm cơ thể. Để khắc phục những khó khăn trong phát hiện trầm cảm cơ thể, nhiều biện pháp đã được áp dụng: bổ túc lâm sàng tâm thần học cho các thầy thuốc đa khoa, liên hệ chặt chẽ giữa cơ sở khám chữa đa khoa với cơ sở khám chữa tâm thần (hội chẩn, chuyển bệnh nhân, rút kinh nghiệm trong quá trình chẩn đoán.v.v.). Từ rút kinh nghiệm đã hình thành hai bảng tập hợp các đặc điểm của bệnh nhân giúp chẩn đoán hướng về trầm cảm cơ thể:

1. Bảng tập hợp các đặc điểm của bệnh nhân trầm cảm cơ thể ở cơ sở khám chữa đa khoa

1. Mức độ trầm trọng của các triệu chứng cơ thể mà bệnh nhân nêu ra không phù hợp với thăm khám lâm sàng và xét nghiệm khách quan.

2. Chữa dai dẳng theo nội khoa các triệu chứng cơ thể này nhưng không kết quả.

3. Bệnh nhân cho mình không có rối loạn tâm thần

4. Bệnh nhân chưa được khám chuyên khoa tâm thần.

Những bệnh nhân có các đặc điểm nói trên có thể hướng về chẩn đoán trầm cảm cơ thể và thử điều trị bằng loại thuốc chống trầm cảm phù hợp với bệnh cảnh. Nếu là trầm cảm cơ thể thì sẽ có kết quả tốt và hướng chẩn đoán được củng cố.



2. Bảng tập hợp các biểu hiện tâm thần kín đáo, gắn gũi với các rối loạn tâm thần của trầm cảm

1. Nét mặt cử chỉ kém linh hoạt
2. Thụ động khi nói chuyện
3. Suy nghĩ chậm
4. Vòng quan tâm thu hẹp
5. Giảm các thích thú cũ
6. Năng lực sáng tạo kém
7. Năng lực lao động giảm
8. Hạn chế tiếp xúc.
9. Nhiều lo lắng cho bản thân.

Các triệu chứng trên thường nặng hơn vào buổi sáng

IV. CÁC NGUYÊN TẮC HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN RỐI LOẠN TRẦM CẢM

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Đối với rối loạn trầm cảm điển hình

- Căn cứ vào 5 nhóm triệu chứng tâm thần và cơ thể (đã trình bày ở trên)
- Nếu có điều kiện, dựa thêm vào kết quả dương tính của trắc nghiệm tâm lý về trầm cảm(trắc nghiệm Beck).

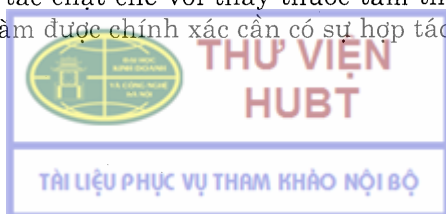
1.2. Đối với rối loạn trầm cảm cơ thể

Có thể dựa vào kết quả sử dụng:

1. Bảng tập hợp các đặc điểm của bệnh nhân trầm cảm cơ thể ở cơ sở đa khoa.
2. Bảng tập hợp các biểu hiện tâm thần kín đáo, gắn gũi với các rối loạn tâm thần của trầm cảm.
3. Nếu có điều kiện dựa thêm vào kết quả dương tính của trắc nghiệm tâm lý về trầm cảm (trắc nghiệm Beck).

2. Chẩn đoán phân biệt và chẩn đoán nguyên nhân

Cần có sự hợp tác chặt chẽ với thầy thuốc tâm thần. Đối với chẩn đoán xác định nếu muốn làm được chính xác cần có sự hợp tác này.



V. CÁC NGUYÊN TẮC HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TRẦM CẢM

1. Điều trị nguyên nhân gây trầm cảm

Cần kết hợp với thầy thuốc tâm thần làm chẩn đoán nguyên nhân rối hoặc gửi bệnh nhân sang cơ sở tâm thần điều trị hoặc điều trị tại cơ sở đa khoa theo hướng dẫn của thầy thuốc tâm thần.

2. Điều trị hội chứng trầm cảm tại cơ sở đa khoa

Thầy thuốc đa khoa có thể trực tiếp điều trị các bệnh nhân trầm cảm trong 2 trường hợp sau đây:

- Điều trị thử bằng các thuốc chống trầm cảm để xác định chẩn đoán khi hướng nhiều về trầm cảm cơ thể.
- Điều trị các trường hợp trầm cảm nhẹ, mới bị, không có ý tưởng bị tội hay ý tưởng muốn chết.

3. Các phương pháp điều trị

3.1. Liệu pháp tâm lý

1. Liệu pháp tâm lý nâng đỡ: bệnh nhân trầm cảm thường hay lo âu, bi quan, mất lòng tin vào khả năng khỏi bệnh. Cần thiết lập và củng cố mối quan hệ thầy thuốc bệnh nhân tốt, giải thích hợp lý thường xuyên.

2. Liệu pháp thư giãn khí công của giáo sư Nguyễn Việt(xem bách khoa thư bệnh học tập II).

3. Liệu pháp nhận thức - ứng xử ở các cơ sở chuyên sâu về liệu pháp tâm lý.

3.2. Liệu pháp hóa dược: chủ yếu là các thuốc chống trầm cảm.

4. Cách sử dụng các thuốc chống trầm cảm

4.1. Phân loại các thuốc chống Trầm cảm

Yên dịu:	Mianserin (Athymil)	CTC mới.
	Mirtazapin (Remeron, Mirtaz)	CTC mới.
	Amitríptylin (Laroxyl)	CTC 3 vòng.
	Citalopram (Citopam)	CTC mới.
	Fluoxetin (Prozac, Kalxetin)	CTC mới.



Trung gian:	Fluvoxamin (Luvox)	CTC mới.
	Paroxetin (Deroxat, Roxetine)	CTC mới.
	Tianeptin (Stablon)	CTC mới.
	Clomipramin (Anafranil)	CTC 3 vòng.
	Viloxazin (Vivalan)	CTC mới.
Hoạt hóa:	Desipramin (Pertofran)	CTC mới.
	Imipramin (Tofranil)	CTC 3 vòng.
	Amineptin (Survector)	CTC 3 vòng.

4.2.. Nguyên tắc điều trị CTC

a. Lựa chọn thuốc CTC:

- + Nên chọn các CTC thế hệ mới (không nên chọn CTC 3 vòng hoặc IMAO).
- + Nên chọn CTC có tác dụng yên dịu, giải lo âu hoặc CTC trung gian + giải lo âu (không nên chọn CTC hoạt hóa)

b. Liều lượng: cao hay thấp.

- + Tùy theo hội chứng TC điển hình hay chỉ rối loạn khí sắc.
- + Tùy theo mức độ nặng nhẹ của hội chứng TC.
- + Tùy theo tác động tương hỗ của thuốc điều trị bệnh cơ thể với thuốc CTC.

c. Thời gian tác dụng của thuốc CTC chậm (trung bình sau 1 tuần với CTC thế hệ mới) dù ở liều lượng nào đi nữa. Vì vậy không nên tăng liều quá nhanh.

d. Liều điều trị dự phòng có thể thấp hơn liều điều trị duy trì.

e. Tiến trình điều trị:

- Giai đoạn điều trị tấn công 4 - 6 tuần.
- Giai đoạn duy trì 6 tháng (phòng tái phát).
- Điều trị dự phòng tái diễn trên 6 tháng.

+ Việc kết hợp với LPTL là hết sức cần thiết, nếu như có thể (LPTL cá nhân, gia đình, nhận thức – ứng xử v.v...).

4.3. Các thuốc CTC mới, biệt dược, liều lượng, cách dùng

Tên gốc	Biệt dược	Hàm lượng	Liều lượng	Cách dùng
Fluoxetin	Prozac, Kalxetin	viên: 20mg	1-2v/ ngày	1-2 lần/ngày
Fluvoxatin	Luvox	viên: 100mg	1-3v/ ngày	1-3 lần/ngày
Paroxetin	Deroxat Roxetin	viên: 20mg	1-2v/ ngày	1-2 lần/ngày
Mirtazapin	Remeron, Mirtaz	viên: 30mg	1-1,5v/ tối	1 lần (tối)
Tianeptin	Stablon	viên: 12,5mg	1-3v/ ngày	1-3 lần/ngày
Citalopram	Citopam	viên: 20ng	1-2v/ngày	1-2 lần/ngày

RỐI LOẠN NGHI BỆNH

(hypochondriasis)

Trong bảng phân loại bệnh quốc tế 10, mục F45 có tên gọi là các rối loạn dạng cơ thể (somatoform disorder). Đó là những rối loạn có căn nguyên tâm lý nhưng biểu hiện chủ yếu dưới dạng các rối loạn cơ thể. Điều này gây nhiều khó khăn cho chẩn đoán nhất là ở những cơ sở khám chữa đa khoa.

Trước kia một số các rối loạn hiện nay gọi là dạng cơ thể, được một số tác giả gọi là các rối loạn cơ thể tâm sinh.

Các rối loạn dạng cơ thể trong bảng phân loại bệnh quốc tế 10 được phân loại như sau:

F45.0 rối loạn cơ thể hóa

F45.2 rối loạn nghi bệnh



F45.3 rối loạn chức năng thần kinh tự trị dạng cơ thể

F45.4 rối loạn đau dạng cơ thể

Trong các rối loạn dạng cơ thể nói trên, rối loạn nghi bệnh là rối loạn thường gặp ở các cơ sở khám chữa đa khoa và gây ra nhiều khó khăn rắc rối nhất cho các cơ sở này. Lý do chủ yếu là do người bệnh thường xuyên khẳng định là bên dưới triệu chứng cơ thể mà mình đang mắc, tồn tại một bệnh cơ thể hiểm nghèo và lo sợ là nếu không phát hiện sớm bệnh này, hậu quả sẽ vô cùng tai hại. Vì vậy người bệnh dai dẳng yêu cầu thầy thuốc thăm khám kỹ hơn, xét nghiệm nhiều hơn để phát hiện cho kỳ được bệnh cơ thể hiểm nghèo này. Qua nhiều lần thăm khám và xét nghiệm, thầy thuốc khẳng định là không có một bệnh cơ thể trầm trọng nào nằm bên dưới triệu chứng cơ thể người bệnh đang mắc và nêu ra. Đối với ý kiến cho rằng triệu chứng cơ thể của người bệnh có căn nguyên tâm lý, có liên quan đến những đặc điểm tâm lý của người bệnh, đến những xung đột trong đời sống gia đình và xã hội thì người bệnh luôn kịch liệt chống lại. Nếu yêu cầu thăm khám dai dẳng của người bệnh không được thỏa mãn người bệnh lại tìm đến một cơ sở khám chữa đa khoa khác chứ không chịu làm theo lời khuyên của thầy thuốc là nên đến khám ở cơ sở tâm thần.

I. CÁC TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH RỐI LOẠN NGHI BỆNH

1. Người bệnh có ý nghĩ và mối lo thường trực là mình đang mắc phải một bệnh cơ thể trầm trọng. Ý nghĩ và mối lo này xuất phát từ sự giải thích sai lầm của người bệnh về các triệu chứng cơ thể mà người bệnh đang cảm nhận và nêu ra.

2. Ý nghĩ và mối lo này tồn tại dai dẳng, mặc dù có sự bảo đảm chắc chắn của thầy thuốc là không hề có bệnh cơ thể hiểm nghèo nào nằm bên dưới triệu chứng cơ thể mà người bệnh đang cảm nhận và nêu ra.

3. Ý nghĩ và mối lo của người bệnh chưa nặng đến mức mang các đặc điểm của một hoang tưởng.

4. Ý nghĩ và mối lo này làm cho người bệnh đau khổ và làm giảm sút đáng kể các hoạt động xã hội, nghề nghiệp và các hoạt động quan trọng khác của người bệnh.

5. Các rối loạn nghi bệnh thường kéo dài rất lâu, ít nhất là 6 tháng.

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Thường chẩn đoán phân biệt rối loạn nghi bệnh với các rối loạn lo âu, trầm cảm và rối loạn cơ thể hóa.

1. Chẩn đoán phân biệt với các rối loạn lo âu và trầm cảm: các rối loạn lo âu và trầm cảm thường xuất hiện trong bệnh cảnh của rối loạn nghi bệnh dưới dạng những triệu chứng thô sơ, không đầy đủ và nhất thời. Nếu các triệu chứng lo âu hay trầm cảm xuất hiện rõ ràng, có đầy đủ các triệu chứng cơ bản và tiến triển kéo dài thì phải làm thêm một chẩn đoán phụ kết hợp (rối loạn lo âu kết hợp hay rối loạn trầm cảm kết hợp).

2. Chẩn đoán phân biệt với rối loạn cơ thể hóa

2.1.. Rối loạn cơ thể hóa (F45.2)

– Là một rối loạn căn nguyên tâm lý nhưng biểu hiện bằng nhiều triệu chứng cơ thể, rất đa dạng và hay thay đổi. Chính vì thế mà trước kia một số tác giả xếp rối loạn cơ thể hóa vào rối loạn phân ly(hysteria) cũng biểu hiện bằng nhiều triệu chứng cơ thể rất đa dạng.

– Đặc điểm lâm sàng chủ yếu của rối loạn cơ thể hóa là sự xuất hiện nhiều loại triệu chứng cơ thể thuộc các hệ thống chức năng khác nhau. Thường gặp nhất là các triệu chứng đau, các triệu chứng của rối loạn dạ dày- ruột, các triệu chứng sinh dục và các triệu chứng thần kinh chức năng.

– Nữ bị rối loạn cơ thể hóa nhiều hơn nam.

– Người bệnh thường chịu ảnh hưởng các trạng thái bệnh lý của các thành viên trong gia đình.

– Người bệnh chỉ quan tâm đến các triệu chứng cơ thể đang mắc phải, muốn được chỉ định thuốc men để sớm thanh toán các triệu chứng này. Người bệnh không dai dẳng đòi hỏi thầy thuốc nghiên cứu sâu để phát hiện bệnh cơ thể trầm trọng nào đó nằm bên dưới các triệu chứng này. Người bệnh cũng không bận tâm đến hậu quả của rối loạn cơ thể hóa trong tương lai.

2.2.. Rối loạn nghi bệnh (F45.2) có những đặc điểm để phân biệt:

– Người bệnh mắc phải rối loạn nghi bệnh không có nhiều triệu chứng cơ thể như trong rối loạn cơ thể hóa.

– Người bệnh chỉ tập trung suy nghĩ vào một vài triệu chứng cơ thể nổi bật mà họ hiểu nhầm là biểu hiện chủ yếu của một bệnh cơ thể nằm bên dưới. Họ luôn lo sợ về hậu quả tai hại của bệnh cơ thể này. Vì thế họ kiên trì đòi hỏi các thầy thuốc khác nhau phát hiện cho kỳ được bệnh này.

– Nam và nữ có tỷ số bị rối loạn nghi bệnh xấp xỉ như nhau.

– Người nghi bệnh ít chịu ảnh hưởng của trạng thái bệnh lý cơ thể của các thành viên trong gia đình.



- Khác với người bệnh có rối loạn cơ thể hóa, bệnh nhân nghi bệnh do phải trải qua điều trị thử nhiều lần, nên thường sợ thuốc và tự trấn an nỗi lo sợ của mình bằng cách tìm đến các thầy thuốc đa khoa được đồn đại là có chuyên môn cao.

III. CÁC NGUYÊN TẮC HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN NGHI BỆNH

- Điều trị rối loạn nghi bệnh gặp nhiều khó khăn do người bệnh tự cho mình bị bệnh cơ thể, không có rối loạn tâm thần, cương quyết chống lại lời khuyên nên đến khám và chữa bệnh ở các cơ sở tâm thần.

- Nếu người bệnh còn chịu được phương thức hội chẩn giữa thầy thuốc đa khoa và thầy thuốc tâm thần, được thầy thuốc tâm thần điều trị hay góp ý kiến điều trị với thầy thuốc đa khoa thì thường thu được những kết quả khả quan.

- Điều trị chủ yếu bằng các liệu pháp tâm lý thích hợp với đặc điểm tâm lý của từng người bệnh. Thông qua việc thiết lập tốt mối quan hệ thầy thuốc-bệnh nhân, có thể làm cho người bệnh thấy rõ những hiểu lầm của mình về trạng thái bệnh lý và hợp tác với thầy thuốc trong điều trị. Nghi bệnh tâm căn không có hoang tưởng nên vẫn có thể thuyết phục được người bệnh bằng liệu pháp giải thích hợp lý.

- Tiếp đến tập trung vào làm giảm tác dụng của các nguyên nhân tâm lý gây bệnh: stress tâm lý- xã hội, xung đột ở gia đình, ở nơi làm việc, ở môi trường sinh sống.v.v.

- Việc hướng dẫn người bệnh cách ứng xử thích hợp với một căn bệnh mạn tính cũng góp phần đáng kể vào kết quả điều trị.

- Có thể dùng liệu pháp thư giãn- khí công để giảm sự căng thẳng và lo sợ thường xuyên của người bệnh về một căn bệnh nghiêm trọng có hậu quả rất tai hại.

- Liệu pháp tâm lý nhóm nếu được sử dụng sẽ mang lại kết quả đáng kể vì nó cung cấp cho người bệnh sự nâng đỡ và tương tác của các thành viên trong nhóm, điều mà bệnh nhân nghi bệnh rất cần.

- Cũng cần có những thăm khám đa khoa định kỳ để người bệnh yên tâm là mình không bị bỏ rơi và các yêu cầu của mình vẫn được thực hiện.

- Nếu trong bệnh cảnh nghi bệnh có xuất hiện rối loạn lo âu hay trầm cảm thì dùng các thuốc giải lo âu hay chống trầm cảm cũng có tác dụng làm giảm cường độ bận tâm và lo sợ của người bệnh.

- Điều trị bằng thuốc kết hợp:

+ Thuốc chống loạn thần liều thấp: Oléanz rapitab viên 5mg x 1viên (tối) hoặc Lesvidon viên 2mg x 1 viên (tối)



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

+ Hoặc thuốc chống trầm cảm gây yên dịu, giải lo âu: Mirtaz 15mg x 1-2 viên (tối).

MẤT NGỦ KHÔNG THỰC TỐN

(non-organic insomnia)

Trong rối loạn giấc ngủ có rất nhiều rối loạn tâm thần và cơ thể khác nhau. Bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 chia các rối loạn giấc ngủ ra hai phần lớn.

- Phần các rối loạn giấc ngủ do các bệnh có tổn thương thực thể(G47).
- Phần các rối loạn giấc ngủ không thực tổn, căn nguyên tâm lý(F51):
 - + •F51.0 mất ngủ không thực tổn
 - + F51.1 ngủ nhiều không thực tổn.
 - + F51.2 rối loạn nhịp thức ngủ không thực tổn.
 - + F51.3 đi lại trong khi ngủ.
 - + F51.4 hoảng sợ khi ngủ
 - + F51.5 ác mộng.

Ở đây chỉ trình bày rối loạn mất ngủ không thực tổn, một rối loạn giấc ngủ gặp nhiều nhất trong các cơ sở khám chữa đa khoa và trong nhân dân. Theo nghiên cứu của Kaplan và Sadock, trong một năm có hơn 30% dân số bị mất ngủ tìm đến các cơ sở y tế để được giúp đỡ.

I. MẤT NGỦ KHÔNG THỰC TỐN (F51.0)

- Mất ngủ là một trạng thái không đáp ứng nhu cầu về số lượng và/hoặc về chất lượng của giấc ngủ. Rối loạn này tồn tại một thời gian dài.
- Trong những người mất ngủ, than phiền “khó vào giấc ngủ” thường gặp nhất. Rồi đến than phiền “khó duy trì giấc ngủ” và than phiền “thức dậy sớm”.
- Mất ngủ không thực tổn thường xuất hiện vào những thời điểm các stress trong cuộc sống tăng lên.
- Mất ngủ có khuynh hướng gặp ở phụ nữ, nhiều hơn ở những người đứng tuổi, ở những người có rối loạn căn nguyên tâm lý và ở những người chịu bất lợi về mặt kinh tế-xã hội.



– Mất ngủ nếu lặp lại nhiều lần sẽ phát sinh mối lo sợ mất ngủ và mối bận tâm về hậu quả của nó, là những nhân tố có khuynh hướng duy trì hiện tượng mất ngủ.

– Đến giờ ngủ, người bệnh thường có cảm giác căng thẳng, lo lắng, nằm suy nghĩ miên man về cách làm cho giấc ngủ đầy đủ, về sức khỏe của bản thân, về nhiều vấn đề cá nhân khác.

– Buổi sáng lúc thức dậy, người bệnh thường nói về cảm giác mệt mỏi trong cơ thể và tâm thần. Trong ngày có thể xuất hiện các biểu hiện lo lắng, buồn phiền căng thẳng không đậm nét và không cố định.

1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các tiêu chuẩn sau đây

1. Người bệnh có những than phiền lặp lại về hiện tượng khó vào giấc ngủ hoặc về chất lượng giấc ngủ kém.

2. Người bệnh luôn bận tâm về hiện tượng mất ngủ và lo lắng quá mức về hậu quả ban đêm và ban ngày của nó.

3. Mất ngủ xảy ra ít nhất 3 lần trong một tuần, trong thời gian ít nhất một tháng.

4. Số lượng và/hoặc chất lượng giấc ngủ không thỏa mãn, gây đau khổ cho người bệnh và làm giảm sút các hoạt động nghề nghiệp và xã hội của họ.

2. Chẩn đoán phân biệt

2.1. Phân biệt với rối loạn lo âu và trầm cảm

Lo âu và trầm cảm là những biểu hiện thường có trong rối loạn giấc ngủ không thực tổn. Sự xuất hiện của chúng không làm giảm giá trị của chẩn đoán mất ngủ nếu chúng mất ngủ là phân nân đầu tiên và được người bệnh nhấn mạnh nhiều nhất và chúng này ngày càng nặng hơn và trở nên dai dẳng.

2.2. Phân biệt với các bệnh cơ thể và tâm thần có hiện tượng mất ngủ trong bệnh cảnh

Nếu mất ngủ không nặng, không kéo dài, không chiếm ưu thế trong bệnh cảnh thì chẩn đoán chỉ nên giới hạn vào bệnh cơ thể hay bệnh tâm thần nằm bên dưới.

Nếu mất ngủ là một phân nân chính của người bệnh và người bệnh cảm nhận nó như một rối loạn cần sớm thanh toán thì có thể thêm chẩn đoán mất ngủ vào chẩn đoán bệnh cơ thể hay bệnh tâm thần nằm bên dưới.



2.3. Phân biệt với mất ngủ nhất thời

Một tiêu chuẩn để xác định chẩn đoán mất ngủ không thực tổn là mất ngủ phải xảy ra ít nhất 3 lần trong một tuần, trong thời gian ít nhất một tháng. Nếu mất ngủ chỉ xuất hiện nhất thời trong một thời gian ngắn (ví dụ như mất ngủ một số đêm do một stress tâm lý ngẫu nhiên nào đó) thì mất ngủ ấy chỉ là một phản ứng bình thường trong đời sống nên không làm chẩn đoán mất ngủ không thực tổn ở đây.

II. CÁC NGUYÊN TẮC HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ MẤT NGỦ KHÔNG THỰC TỔN

1. Liệu pháp hóa dược

– Thuốc ngủ phenobarbital cổ điển hiện nay hầu như không dùng nữa vì độc và gây nghiện.

– Thuốc được dùng nhiều nhất hiện nay là BZD vì BZD vừa có tác dụng giải lo âu vừa có tác dụng gây ngủ. Tuy nhiên đa số các BZD cũng gây nghiện nên khi sử dụng phải tuân thủ những quy định chặt chẽ:

+ Thời gian sử dụng BZD càng ngắn càng tốt. Ở Pháp có quy định dùng BZD để điều trị mất ngủ không quá 30 ngày.

+ Đối với người cao tuổi, nếu phải dùng đến BZD thì nên dùng liều thấp trong một thời gian ngắn.

+ Nên chọn liều BZD từ thấp đến cao

+ Trước khi cắt BZD phải hạ liều từ từ để tránh mất ngủ tái phát và tránh xuất hiện hội chứng cai.

1.1. Chọn loại BZD

– Đối với trường hợp khó hay chậm vào giấc ngủ hoặc mất ngủ nhất thời: dùng BZD có thời gian bán hủy ngắn như oxazepam (seresta) hay zolpidiem (stilnox) một chất có tác dụng giống với BZD.

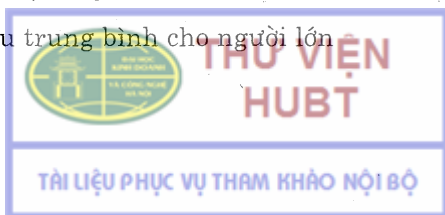
– Đối với các trường hợp giấc ngủ bị rối loạn giữa đêm hoặc phải dùng BZD nhiều ngày liên tiếp, nên dùng các loại BZD có thời gian bán hủy dài như diazepam (valium, seduxen) hay trung bình như bromazepam (lexomil).

1.2.. Liều lượng

– Liều từ thấp đến cao phù hợp với từng người bệnh.

– Thời gian điều trị bằng BZD đối với mất ngủ mạn tính không quá 3 tháng.

– Sau đây là liều trung bình cho người lớn



Tên gốc	Biệt dược	Hàm lượng	Liều lượng
Oxazepam	Seresta	viên: 10mg, 50mg	10-100mg/ngày
Zolpidiem	Stilnox	Viên: 10mg	10mg/ngày
Diazepam	Seduxen, Valium	Viên: 2; 5; 10mg	2-20mg/ngày
Bromazepam	Lexomil	Viên: 6mg	6-18mg/ngày

2. Liệu pháp tâm lý

2.1. Giải thích hợp lý: cung cấp cho người bệnh các kiến thức cơ bản về rối loạn mất ngủ không thực tổn và cách người bệnh tự phòng chống.

2.2. Liệu pháp thư giãn- khí công: điều trị bằng liệu pháp cá nhân hay liệu pháp nhóm. Tốt hơn kết hợp thư giãn- khí công với BZD.

2.3. Các biện pháp vệ sinh tâm thần

- Giúp người bệnh quy định giờ giấc thức ngủ hợp lý.
- Dặn người bệnh tránh ngủ thêm buổi sáng và ngủ trưa quá lâu.
- Định giới hạn thời gian nằm trên giường mỗi ngày cho người bệnh.
- Tập thể dục đều đặn hàng ngày.
- Người bệnh cần ứng xử thích hợp với các stress xuất hiện trong ngày.
- Tránh hoạt động trí óc căng thẳng trước giờ ngủ.

CÁC RỐI LOẠN HÀNH VI ĂN UỐNG

I. CHỨNG CHÁN ĂN TÂM THẦN

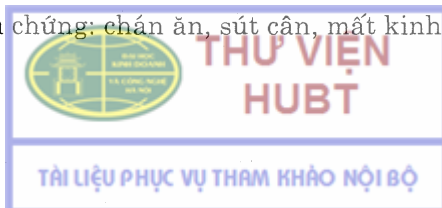
Anorexia nervosa

1. Định nghĩa: là một hành vi hạn chế ăn uống dai dẳng, nghiêm ngặt, biệt lập, không có các rối loạn tâm thần nặng, biểu hiện sự xung đột tâm lý. Thường gặp ở thiếu nữ từ 10-20 tuổi.

2. Biểu hiện lâm sàng

2.1. Chán ăn ở thiếu nữ

Gồm bộ ba triệu chứng: chán ăn, sút cân, mất kinh.



2.1.1. Chán ăn

- Có ý hạn chế ăn (lúc đầu với một số thức ăn, về sau với tất cả các thức ăn), giấu gia đình, gây nôn sau ăn, dùng thuốc nhuận tràng, thuốc gây nôn, giấu thức ăn nhằm làm cho gầy.
- Nó tạo thành một dạng sợ nghi thức, dần dần được gia đình chấp thuận (từ chối ăn chung cùng gia đình, có chế độ ăn riêng...).

2.1.2. Sút cân đáng kể

- Mất 15% trọng lượng cơ thể so với lúc bình thường.
- Sút cân thứ phát sau rối loạn hành vi ăn uống.
- Biểu hiện một tình trạng suy mòn (má hóp, mắt trũng, da khô với những nốt đỏ, gãy giờ xương, khô tóc, rụng tóc, táo bón, xanh tím đầu chi, rậm lông ở mép trên và các chi).
- Ở một số bệnh nhân hầu như không cảm thấy mệt và không buồn ngủ.

2.1.3. Mất kinh

- Rõ rệt, có thể có trước các triệu chứng khác (20%), hoặc mất ngay từ tháng đầu của bệnh.
- Có kinh trở lại muộn (nhiều tháng sau khi khỏi bệnh).

2.1.4. Ngoài ba triệu chứng điển hình nói trên cần thêm vào

- Không có các rối loạn loạn thần.
- Có các rối loạn toàn thân kèm theo như đã mô tả ở trên.
- Có các rối loạn sinh học: hạ đường máu, kali máu, thiếu máu, giảm hoạt động tuyến yên-sinh dục.

2.2. Chán ăn ở trẻ trai

- Rất hiếm: chỉ bằng 1/10 của trẻ gái
- Thường ở tuổi thiếu niên, có thêm chậm phát triển tâm thần.
- Thường dưới dạng rối loạn tâm căn hoặc loạn thần.

3. Tiên lượng và tiến triển

3.1. Nguy cơ tử vong: khoảng 5-10%, khi có rối loạn chuyển hóa nặng do sử dụng các thuốc nhuận tràng và lợi tiểu.

3.2. Tiên lượng: liên quan tới nhân cách. Sau nhiều năm tiến triển:

- 1/3 bệnh nhân được chữa khỏi.



- 1/3 bệnh nhân, trạng thái được cải thiện.
- 1/3 bệnh nhân, tiến triển không thuận lợi với hai khả năng
 - + Có thể bộc lộ bệnh tâm thần phân liệt
 - + Có thể tiến triển tới tử vong do rối loạn cơ thể nặng lên hoặc do tự sát.

4. Điều trị

Điều trị trong vòng một năm từ khi khởi phát sẽ có kết quả tốt.

Cần phát hiện và can thiệp sớm.

4.1. Cấp cứu. Nội khoa (cả tâm thần nếu cần thiết) khi có rối loạn cơ thể trầm trọng.

4.2. Nhập viện tâm thần

- Thông thường điều trị ngoại trú.
- Điều trị nội trú bắt buộc khi có nguy cơ tử vong.
- Cần cách ly với gia đình cho tới khi chữa khỏi
- Cần khám nghiệm đầy đủ cơ thể, sinh hóa, tâm lý.

4.3. Hối sức

- Cân bằng nước điện giải
- Tái lập ăn uống tuần tự (đặt ống thông dạ dày nếu cần).
- Kiểm soát việc ăn uống và thức ăn

4.4. Tái giáo dục ăn uống. Bệnh nhân cam kết thay đổi tập tính ăn uống.

4.5. Liệu pháp tâm lý: cá nhân, nhóm, gia đình, nhận thức-ứng xử.

4.6. Thuốc. Thường dùng thuốc chống trầm cảm ức chế thu hồi serotonin chọn lọc (SSRIs) như: citalopram (citopam), paroxetin (roxetine, deroxat)... theo liều lượng thông thường.

II. CHỨNG ĂN VÔ ĐỘ

Bulimia nervosa

1. Biểu hiện lâm sàng

1.1. Trong cơn

- Giai đoạn bắt đầu: cảm thấy có một nhu cầu ăn vô tận. Cảm giác này kèm theo lo âu, tạo nên một nhu cầu khẩn thiết phải ăn uống, tuy nhiên vẫn còn có sự đấu tranh chống lại nhu cầu ăn uống này.

- Giai đoạn giữa cơn: ăn giấu giếm, nhiều, nhanh, thường ăn chất có nhiều năng lượng. Sau khi thực hiện xong cảm thấy hài lòng.
- Kết thúc cơn: với các biểu hiện.
 - + Khó chịu trong cơ thể: đau bụng, ngủ gà, buồn nôn.
 - + Khó chịu tâm thần: kết hợp của sự buồn bã, cảm giác xấu hổ, ân hận, khinh bỉ bản thân hoặc cảm giác tội lỗi. Đôi khi gây nôn để mất cảm giác khó chịu và làm cho gầy.

1.2. Ngoài cơn

- Khuyến khích lặp lại các biện pháp làm mất trọng lượng: chế độ ăn hạn chế, sử dụng thuốc nhuận tràng, lợi tiểu...
- Trọng lượng thường dao động trên dưới 5 kg, xen kẽ giữa cơn ăn vô độ với các giai đoạn nhịn đói.
- Bệnh nhân biết hành vi của mình mang tính chất bệnh lý.
- Có hứng thú đặc biệt với thức ăn
- Lạm dụng thuốc nhất là các thuốc tiêu hóa.
- Đôi khi mất kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt.

1.3. Các triệu chứng không được có

- Không mắc các bệnh cơ thể thường được xem là nguyên nhân của chứng bệnh này như u não, động kinh, sa sút trí tuệ, rối loạn nội tiết.
- Không mắc các bệnh tâm thần phân liệt, rối loạn khí sắc...

2. Điều trị

- Tìm hiểu nguyên nhân và điều trị theo nguyên nhân nếu phát hiện được như: cơn tương đương trầm cảm, bệnh tâm căn phân ly, rối loạn nhân cách.
- Bệnh nhân chấp nhận theo một mô hình ăn vừa phải là một nhân tố quan trọng trong điều trị.
- Dùng liệu pháp nhận thức - ứng xử giúp bệnh nhân vượt qua xung động ăn vô độ.
- Dùng thuốc chống trầm cảm ức chế thu hồi serotonin chọn lọc (SSRIs) như: citalopram (Citopam), paroxetin (Roxetinez, Deroxat), v.v. theo liều lượng thông thường.



BỆNH TÂM CĂN SUY NHƯỢC

(asthenic neurosis)

Thuật ngữ suy nhược thần kinh (neurasthenia) được Beard đưa ra năm 1880. Theo Beard bệnh này do căng thẳng cảm xúc kéo dài, làm suy yếu hệ thần kinh, từ đó phát sinh nhiều rối loạn cơ thể và tâm thần.

Về sau nhiều tác giả mở rộng phạm vi cũng gọi là suy nhược thần kinh tất cả những hội chứng suy nhược do các nguyên nhân khác nhau gây ra (sau chấn thương, sau nhiễm khuẩn v.v.).

Về mặt phân loại bệnh, một số tác giả còn phân vân có nên xếp hội chứng suy nhược thần kinh vào một đơn thể bệnh hay không. Năm 1962 Kreindler đề nghị gọi là bệnh tâm căn suy nhược nếu bệnh do các stress tâm lý hay các căng thẳng cảm xúc gây ra. Nếu không thì gọi là hội chứng suy nhược.

Năm 1992, bảng phân loại bệnh quốc tế 10 ra đời công nhận bệnh tâm căn suy nhược là một đơn thể bệnh riêng, mô tả và sắp xếp ở mã số F48.0 với hai thể lâm sàng đặc trưng:

1. Thể suy nhược tâm căn nghiêng về hoạt động trí óc: phần nản chủ yếu là mệt mỏi tăng cao chỉ sau một cố gắng trí óc, gây ra giảm năng suất hành nghề, khó tập trung suy nghĩ, tư duy kém hiệu quả v.v.

2. Thể suy nhược tâm căn nghiêng về hoạt động thân thể: phần nản chủ yếu là mệt mỏi tăng cao chỉ sau một cố gắng tối thiểu về cơ bắp.

I. CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

Trong cả hai thể nói trên đều có nhiều triệu chứng cơ thể và tâm thần đa dạng, phân chia như sau.

1. Bộ ba triệu chứng cơ bản

1.1. Trạng thái kích thích- suy nhược

- Người bệnh dễ bị kích thích, dễ hưng phấn nhưng sau đó lại nhanh chóng mệt mỏi.
- Thời gian đầu nghỉ ngơi thì đỡ mệt, về sau nghỉ ngơi cũng không đỡ mệt.

1.2. Nhức đầu

Thường mang cảm giác co thắt mạch não hay căng thẳng các cơ ở đầu và cổ.

Nhức đầu tăng lên khi xúc động và giảm nhiều khi tâm thần yên tĩnh thoải mái.

1.3. Mất ngủ: khó ngủ ban đêm, giấc ngủ nông, dễ thức giấc.

2. Các triệu chứng cơ thể thường gặp

1. Đau cột sống: mỏi cổ, đau thắt lưng.v.v.

2. Các rối loạn cảm giác, giác quan, vận động : chóng mặt, hoa mắt, tăng phản xạ gân xương, run tay.v.v.

3. Các rối loạn thực vật nội tạng : đánh trống ngực, đau vùng tim, hụt hơi, khó thở, đầy bụng, táo bón, chán ăn, ra nhiều mồ hôi.v.v.

Các rối loạn nói trên thường thay đổi, dễ hồi phục, tăng hay giảm tùy theo cường độ căng thẳng tâm thần.

3. Các triệu chứng tâm thần thường gặp

Có nhiều loại, chủ yếu là các triệu chứng lo âu, trầm cảm. Các triệu chứng này thường nhẹ, không đầy đủ, thay đổi theo trạng thái tâm thần và kích thích ngoại lai.

II. CÁC NGUYÊN TẮC HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN BỆNH TÂM CĂN SUY NHƯỢC

1. Chẩn đoán xác định dựa vào các tiêu chuẩn sau

1. Tiền sử có stress tâm lý hay hoàn cảnh xung đột kéo dài

2. Những phản nản dai dẳng về mặt cảm giác tăng lên sau một cố gắng về trí óc hoặc về mặt cảm giác tăng lên sau một cố gắng thể lực tối thiểu.

3. Bộ ba triệu chứng cơ bản: kích thích suy nhược, nhức đầu, mất ngủ

4. Không có triệu chứng rõ rệt và đầy đủ của một bệnh cơ thể hay một bệnh tâm thần khác.

5. Bệnh được chữa khỏi hay thuyên giảm cơ bản bằng liệu pháp tâm lý.

2. Chẩn đoán phân biệt

Các triệu chứng thần kinh tự trị, trầm cảm và lo âu thường xuất hiện trong bệnh cảnh của bệnh tâm căn suy nhược.

Muốn chẩn đoán xác định chắc chắn bệnh tâm căn suy nhược thì các triệu chứng nói trên phải là những biểu hiện thô sơ, lẻ tẻ, không kéo dài, không cố định, không đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán của bảng



phân loại bệnh tật quốc tế 10 về rối loạn thần kinh tự trị dạng cơ thể(F45.3), giai đoạn trầm cảm(F32), rối loạn lo âu lan tỏa(F41.1).

III. CÁC NGUYÊN TẮC HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ BỆNH TÂM CĂN SUY NHƯỢC

1. Liệu pháp hóa dược

- Chủ yếu dùng để chữa các triệu chứng cơ thể và tâm thần rất đa dạng của bệnh tâm căn suy nhược.
- Đối với lo âu mất ngủ dùng các loại benzodiazepin thích hợp(xem các bài rối loạn lo âu, mất ngủ).
- Đối với các biểu hiện trầm cảm dùng các loại thuốc chống trầm cảm thích hợp(xem bài rối loạn trầm cảm).
- Đối với nhức đầu, đau cơ bắp, đau cột sống dùng các thuốc giảm đau thông dụng như paracetamol.

2. Liệu pháp tâm lý

- a. Liệu pháp tâm lý nâng đỡ trên cơ sở thiết lập mối quan hệ thầy thuốc-bệnh nhân tốt.
- b. Liệu pháp giải thích hợp lý: cung cấp đầy đủ cho người bệnh những kiến thức về nguyên nhân và cách phòng chống bệnh tâm căn suy nhược.
- c. Liệu pháp thư giãn-khí công: theo tài liệu nghiên cứu của Viện sức khỏe tâm thần thì liệu pháp này đã chữa khỏi hẳn hay làm thuyên giảm cơ bản một số lớn các trường hợp bệnh tâm căn suy nhược, kể cả những trường hợp bệnh kéo dài nhiều năm.

3. Các biện pháp vệ sinh phòng bệnh tâm thần

- Cải thiện và hợp lý hóa các điều kiện sinh hoạt và lao động của người bệnh, xen kẽ lao động trí óc với lao động chân tay, xen kẽ lao động với giải trí, thể thao, thể dục.
- Giải quyết sớm các stress tâm lý xuất hiện trong đời sống gia đình và xã hội của người bệnh.

BỆNH TÂM CĂN PHÂN LY

(dissociative neurosis)

Phân ly có nghĩa là không đi đôi, không ăn khớp. Bệnh tâm căn phân ly là bệnh tâm căn trong đó có sự không ăn khớp giữa triệu chứng cơ thể với tổn thương nằm bên dưới (thường phải đi đôi với triệu chứng cơ thể này). Ví dụ trong mù phân ly: người bệnh nhìn không thấy gì nhưng phản xạ đồng tử với ánh sáng vẫn bình thường, soi đáy mắt không thấy một tổn thương nào cả.

Trong bảng phân loại bệnh quốc tế 10, bệnh tâm căn phân ly còn có tên gọi nữa là bệnh tâm căn chuyển di. Chuyển di ở đây có nghĩa là những căng thẳng, những cảm xúc khó chịu của người bệnh do các stress hay các xung đột nội tâm gây ra không giải quyết được nên chuyển thành các triệu chứng cơ thể (hay tâm thần) thể hiện ra bên ngoài.

Bệnh tâm căn phân ly từ xa xưa được gọi là bệnh Hysteria. Từ năm 1992, bảng phân loại bệnh quốc tế 10 đổi tên gọi là bệnh tâm căn phân ly, xếp vào mục F44, gồm 2 nhóm rối loạn: nhóm các rối loạn tâm thần và nhóm các rối loạn cơ thể.

- Nhóm các rối loạn tâm thần bao gồm:

F44.0 : quên phân ly

F44.1 : trốn nhà phân ly

F44.2 : sững sờ phân ly

F44.3 : các rối loạn lên đồng và bị xâm nhập

- Nhóm các rối loạn cơ thể bao gồm:

F44.4 : các rối loạn vận động phân ly

F44.5 : co giật phân ly

F44.6 : tê và mất cảm giác- giác quan phân ly.

Ở đây chủ yếu trình bày các rối loạn cơ thể phân ly thường gặp

I. CĂN NGUYÊN TÂM LÝ CỦA RỐI LOẠN PHÂN LY

Hai vấn đề chủ yếu của căn nguyên tâm lý là stress tâm lý gây bệnh và đặc điểm nhân cách của người bệnh.

1. Stress tâm lý gây bệnh

Trong các rối loạn phân ly có sự kết hợp chặt chẽ giữa thời gian xuất hiện triệu chứng với sự kiện gây stress, thường là những sự kiện người bệnh



không chịu đựng được và không giải quyết được. Rối loạn phân ly thường xuất hiện ngay lập tức hay một thời gian ngắn sau tác động của stress. Vì vậy trong nhiều trường hợp thầy thuốc có thể phỏng đoán và lý giải phương thức mà người bệnh sử dụng để giải quyết một stress không chịu đựng được.

Tuy nhiên, ngược lại với bệnh tâm căn suy nhược, trong cơ chế xuất hiện rối loạn phân ly vai trò của stress không quan trọng bằng các đặc điểm nhân cách của người bệnh.

2. Các đặc điểm nhân cách của người bệnh.

2.1. Loại hình thần kinh: theo Páp lớp, người bệnh phân ly thuộc loại hình thần kinh nghệ sĩ yếu, nghĩa là người bệnh có hệ tín hiệu thứ hai (hoạt động lý trí) kém phát triển và hệ tín hiệu thứ nhất (hoạt động cảm xúc, bản năng) vượt trội lên, chiếm ưu thế. Vì vậy trong các phản ứng trước các stress cảm xúc tâm lý, người bệnh ít dẫn do suy nghĩ, thường dễ cho cảm xúc và bản năng bộc lộ kịch phát, gây ra nhiều triệu chứng cơ thể và tâm thần rất đa dạng, đôi khi dị kỳ khó hiểu.

2.2. Những nét tính cách đặc trưng (có liên quan với loại hình thần kinh)

- Phần lớn là những nét tính cách yếu đuối, tiêu cực: dễ xúc động, thiếu kiềm chế bản thân, thích được chú ý, được chiều chuộng, thích phô trương, kém chịu đựng v.v.

- Đặc biệt nổi bật là tính **tự gợi cảm** (autosuggestion) **rất cao**. Vì vậy trong các vụ “câm phân ly tập thể”, một người thấy một người bạn bị câm, lo mình cũng sẽ bị câm và lập tức bị câm ngay.

- Những nét tính cách đặc trưng này thể hiện rất rõ trong quá trình xuất hiện và tiến triển của các triệu chứng phân ly. Nắm được những nét tính cách này, thầy thuốc sẽ có nhiều thuận lợi trong chẩn đoán và điều trị các rối loạn phân ly (điều trị bằng các liệu pháp gợi cảm và tự gợi cảm).

II. CÁC RỐI LOẠN CƠ THỂ CỦA BỆNH TÂM CĂN PHÂN LY

1. Các cơn phân ly

1.1. Các cơn quá động

1.1.1. Cơn co giật

- Thường lên cơn lúc có người xung quanh
- Biết trước sắp lên cơn, chuẩn bị tư thế để nằm hay ngã. Sau cơn tỉnh táo ngay.

- Trong cơn vẫn có thể phản ứng theo thái độ và nhận xét của những người xung quanh.

2.1.2. Cơn kích động cảm xúc

- Các cơn vùng chạy, leo trèo, gào thét.v.v.
- Trong cơn nói linh tinh, cười, khóc.v.v.
- Cơn có thể kéo dài nhiều ngày.

2.2. Các cơn thiếu động

- Thường gặp cơn ngất lịm
- Người bệnh cảm thấy người mềm yếu dần, từ từ ngã ra, nằm thiêm thiếp, mắt chớp chớp.
- Cơn thường từ 15 phút đến 1 giờ.

2. Các rối loạn vận động

2.1. Các triệu chứng quá động

Rất nhiều loại: gật đầu, lắc đầu, nháy mắt, múa giật, múa vờn, run (thường gặp nhất).v.v.

2.2.. Các triệu chứng thiếu động

- Liệt tay chân: liệt mềm, liệt cứng, liệt một chi, hai chi, bốn chi, không đi, không đứng được.v.v.
- Rối loạn phát âm: phát âm khó, nói lắp, không nói.v.v.

2.3. Các rối loạn cảm giác

- Nhiều loại: mất cảm giác, giảm cảm giác, tăng cảm giác.
- Rối loạn cảm giác khu trú ở nhiều vùng khác nhau trong cơ thể, không theo đúng khu vực chi phối của rễ và dây thần kinh cảm giác, có khi lan sang bên kia đường giữa.

2.4. Các rối loạn giác quan

- Đủ các loại: mù, điếc, mất vị giác, khứu giác .v.v.
- Mù phân ly thường gặp nhất: mù đột ngột và hoàn toàn, đáy mắt bình thường, phản xạ đồng tử với ánh sáng còn tốt, mắt vẫn còn linh hoạt, đưa về phía người nói chuyện.

2.5. Các rối loạn thực vật nội tạng

– Có nhiều loại: cơn nóng bừng, cơn lạnh run, đau vùng ngực, đau bụng, nhức đầu, chóng mặt.v.v.

– Thường gặp nhất: co thắt các cơ trơn:

+ Nấc phân ly, nôn phân ly.v.v.

+ Một triệu chứng có tính lịch sử: hôn phân ly: người bệnh nữ có triệu chứng co thắt ruột từ vùng hạ vị đi lên, nên thường mô tả như có một hòn tử tử cung cuộn lên đến thực quản thì bị thất lại và người bệnh lên cơn ngất hay cơn co giật. Từ đó có thuật ngữ hôn hysteria (tức hôn tử cung) của các thầy lang xa xưa ở phương Tây.

III. CÁC NGUYÊN TẮC HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN BỆNH TÂM CĂN PHÂN LY

1. Chẩn đoán xác định

1. Bệnh xuất hiện sau một stress tâm lý hay một hoàn cảnh xung đột.

2. Các triệu chứng có liên quan đến loại hình thần kinh của người bệnh(nghệ sĩ yếu) và những nét tính cách đặc trưng của người bệnh, chủ yếu là tính tự gợi cảm rất cao.

3. Triệu chứng thường xuất hiện đột ngột sau một stress tâm lý và lên mức tối đa ngay.

4. Các triệu chứng cơ thể không phù hợp với định khu giải phẫu, không có tổn thương thực thể đi kèm.

5. Áp dụng đúng dẫn liệu pháp tâm lý thì bệnh khỏi nhanh (liệu pháp gợi cảm khi thức hay gợi cảm trong giấc ngủ thôi miên).

2. Chẩn đoán phân biệt

2.1. Chẩn đoán phân biệt gặp rất nhiều khó khăn do

1. Thầy thuốc phải phân biệt bệnh tâm căn phân ly với quá nhiều bệnh cơ thể và bệnh tâm thần thuộc nhiều chuyên khoa khác nhau.

2. Rối loạn phân ly có thể xuất hiện trong bệnh cảnh của một bệnh cơ thể khác. Ví dụ một “phản ứng co giật phân ly” có thể xuất hiện trong bệnh động kinh(cũng thường có cơn co giật).

3. Bệnh tâm căn phân ly có thể xuất hiện theo cơ chế khái quát hóa kích thích ban đầu, khó tìm ra stress tâm lý gây bệnh. Ví dụ một bệnh nhân lần đầu lên cơn ngất khi nhìn thấy máu đỏ chảy nhiều trong một trận ném bom. Lần thứ 2 bệnh nhân cũng lên cơn ngất khi vô tình giẫm phải một mảnh sắt,

máu đỏ của chân mình chảy ra. Lần thứ 3 vào bếp tập thể thấy màu đỏ của một đùi thịt bò đang treo cũng lên cơn ngứa. Như vậy nếu không nắm vững tiền sử của bệnh, không thể làm chẩn đoán chính xác. Và trong thực tế lâm sàng của nhiều chuyên khoa, chẩn đoán nhầm hay không chẩn đoán được bệnh tâm căn phân ly là những sai sót không hiếm gặp kể cả với những thầy thuốc lâu năm.

2.2. Những biện pháp khắc phục những khó khăn nói trên

1. Phải suy nghĩ kỹ tìm ra những chỗ khác biệt giữa triệu chứng phân ly với triệu chứng tương tự của một bệnh thực tổn.

2. Khi còn phân vân trong chẩn đoán phải tiến hành hội chẩn với chuyên khoa liên quan.

3. Nếu có điều kiện thử áp dụng liệu pháp tâm lý gợi cảm. Nếu là bệnh tâm căn phân ly thì sẽ cho kết quả nhanh chóng.

4. Phải luôn nhớ là các rối loạn kiểu phân ly có thể xuất hiện trong bệnh cảnh một bệnh thực tổn.

Như vậy, có triệu chứng thực tổn nhẹ vẫn chưa loại trừ hoàn toàn chẩn đoán bệnh tâm căn phân ly. Và ngược lại, có triệu chứng phân ly rõ ràng vẫn phải theo dõi và kiểm tra xem có bệnh thực tổn nào đó có thể kèm theo.

IV. CÁC NGUYÊN TẮC HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ BỆNH TÂM CĂN PHÂN LY

1. Liệu pháp hóa dược

– Liệu pháp hóa dược chỉ nhằm điều trị các triệu chứng cơ thể và tâm thần nhẹ, nhất thời, thường xuất hiện trong bệnh cảnh bệnh tâm căn phân ly (mất ngủ, lo âu, trầm cảm thoáng qua, các rối loạn thực vật nội tạng.v.v.)

– Các thuốc thường được sử dụng: các thuốc giải lo âu, thuốc chống trầm cảm gây yên dịu và giải lo âu (xem bài trầm cảm, mục điều trị thuốc chống trầm cảm).

2. Liệu pháp tâm lý

– Các triệu chứng phân ly phần lớn xuất phát từ tính tự gợi cảm rất cao của bệnh nhân nên liệu pháp tâm lý thích hợp nhất và hiệu quả nhất là liệu pháp gợi cảm, gợi cảm khi thức hay gợi cảm trong giấc ngủ thôi miên (thuộc lĩnh vực chuyên khoa tâm thần).

– Về lâu về dài, có thể huấn luyện cho bệnh nhân liệu pháp thư giãn- khi công nhằm hướng tính tự gợi cảm quá cao của bệnh nhân vào những mục tiêu tích cực và khắc phục dần những nét tính cách yếu đuối, tiêu cực.



– Ở đây thái độ của thầy thuốc đối với bệnh nhân phân ly có tầm quan trọng đặc biệt:

+ Bệnh nhân phân ly không phải là một người giả tạo các triệu chứng nên thầy thuốc không được có thái độ chế riễu, bỏ rơi bệnh nhân.

+ Đa số các bệnh nhân phân ly có những nét tính cách thích được chú ý, được chiều chuộng. Thầy thuốc không nên có thái độ quá lo lắng về trạng thái bệnh của bệnh nhân, quá chiều theo những đòi hỏi của bệnh nhân. Thái độ này có thể làm tăng tính tự gọi cảm của bệnh nhân về mức độ trầm trọng thực ra không có của căn bệnh.

CÁC RỐI LOẠN CƠ THỂ TÂM SINH

(psychosomatic disorder)

MỞ ĐẦU

Quan niệm về sức khỏe Tâm Thân: “SKTT là sự phát triển hài hòa giữa cá thể và môi trường”. Điều này có nghĩa là nếu cá thể nào không biết hoặc không thể thích nghi với môi trường (tự nhiên và xã hội) thì cá thể đó sẽ bị bệnh.

Theo bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10, các nhân tố hành vi và tâm lý được cho là đóng vai trò chủ yếu trong nguyên nhân của các rối loạn cơ thể.

I. ĐỊNH NGHĨA RỐI LOẠN CƠ THỂ TÂM SINH

– Thuật ngữ “rối loạn cơ thể tâm sinh hay rối loạn tâm thể (psychosomatic disorder)” đề cập đến các rối loạn cơ thể phát sinh hay nặng lên do các tác nhân tâm lý. Nhiều rối loạn cơ thể bị ảnh hưởng bởi các stress, sự xung đột hoặc lo âu toàn thể, một số các rối loạn bị ảnh hưởng của các nhân tố tâm lý hơn các rối loạn khác.

– Theo từ điển Larousse de la médecine: cơ thể tâm sinh là một bộ phận của y học, nghiên cứu các rối loạn cơ thể có nguồn gốc tâm lý và tác động của tâm thần lên các biểu hiện cơ thể.

II. PHÂN LOẠI

Theo bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 các rối loạn cơ thể tâm sinh được phân loại trong mục F 54 với tên gọi “Các nhân tố tâm lý và hành

vi kết hợp với các rối loạn hoặc các bệnh phân loại ở nơi khác" ví dụ : loét dạ dày tâm sinh (F54 + K25), viêm loét đại tràng tâm sinh (F54 + K 51), hen phế quản tâm sinh (F54 + J45). Tăng HA tâm sinh (F54 + I10).v.v.

III. NGUYÊN NHÂN

1. Lý thuyết đặc trưng: lý thuyết này cho rằng sự hiện diện của một stress đặc trưng hoặc của một loại nhân cách đối với mỗi bệnh cơ thể tâm sinh và nó được phát triển bởi các tác giả sau:

1.1. Flander Dunbar: đã mô tả các nét nhân cách như một đặc trưng cho mỗi rối loạn cơ thể tâm sinh, chẳng hạn nhân cách động mạch vành. Nhân cách thuộc typ A xông xáo, hăng hái, dễ cáu và có tính nhạy cảm đối với các bệnh tim.

1.2. Franz Alexander: đã mô tả các xung đột vô thức (unconscious conflict) gây lo âu, sự lo âu này thông qua hệ thống thần kinh thực vật gây ra một rối loạn đặc trưng, chẳng hạn một nhu cầu phụ thuộc bị dồn nén gây loét đường tiêu hóa.

2. Lý thuyết không đặc trưng: lý thuyết này cho rằng stress kéo dài có thể gây ra các thay đổi sinh lý, có thể dẫn đến một rối loạn cơ thể. Mỗi người có một cơ quan " shock" dễ bị tổn thương với stress: một số người có phản ứng với tim, niêm mạc dạ dày, da... Những người có lo âu hoặc một tình trạng trầm cảm mạn tính có tính nhạy cảm lớn hơn với các bệnh cơ thể hoặc cơ thể tâm sinh.

3. Các loại nhân cách

- Nhân cách typ A: hăng hái, thiếu kiên nhẫn, có khả năng thăng tiến xã hội, nghề nghiệp, cố gắng phấn đấu và tức giận khi bị cản trở. Nhân cách này làm tăng số lượng lipoprotein tỷ trọng thấp, tăng cholesterolon huyết tương, triglycerid và 17 hydroxycorticosteroid và có khuynh hướng bị bệnh mạch vành.

- Nhân cách typ B (đối lập): ít hăng hái, thư thái và khuynh hướng phấn đấu ít mạnh mẽ để đạt được mục đích của họ.

IV. SINH LÝ BỆNH

- Hans Selye nhà nội tiết học đã mô tả hội chứng chung của sự đáp ứng: nó là toàn thể các phản ứng hệ thống không đặc trưng của cơ thể tiếp theo sau một stress kéo dài. Trục dưới đồi - tuyến yên - thượng thận buộc phải tăng tiết cortisol, dẫn tới sự thay đổi cấu trúc của các hệ thống cơ quan khác nhau.

- George Engel cho rằng trong trường hợp bị stress, những thay đổi chức năng của tất cả các cơ chế thần kinh thực vật làm suy giảm các cơ chế nội cân bằng và làm cho cơ thể dễ bị tổn thương với các nhiễm trùng và các rối loạn khác.



– Các con đường sinh lý thần kinh được xem như đảm bảo điều hòa các phản ứng của stress là vỏ não, hệ viền, dưới đồi, tủy thượng thận, hệ thần kinh giao cảm và phó giao cảm.

– Các thông tin thần kinh bao gồm các hormon như là cortisol, thyroxin và epinephrin.

– Các rối loạn cơ thể tâm sinh được biểu hiện bằng các triệu chứng cơ thể liên quan, thường nhất là các biểu hiện thần kinh thực vật mà nguyên nhân chính của nó là do xúc động. Sự xúc động thông qua trung gian hệ thống thần kinh thực vật và các tuyến nội tiết gây ra các thay đổi chuyển hóa và chức năng của các cơ quan.

– Các tác nhân tâm lý và cơ thể liên hệ chặt chẽ với nhau, quyết định một thiên hướng và một tính mỏng manh đặc biệt ở các bệnh cơ thể tâm sinh phản ứng theo cách riêng của chúng: một số bằng cơn hen, ỉa chảy, số khác bằng các cơn tăng HA, nổi ban ở da, đau dạ dày.v.v.

V. HẬU QUẢ CƠ THỂ CỦA CÁC RỐI LOẠN TÂM SINH

Các rối loạn cơ thể tâm sinh, trước tiên thuần túy chức năng, có nghĩa^o là không có tổn thương thực thể, sau một thời gian có thể gây ra các tổn thương thực thể của các cơ quan mà nó tác động. Vì vậy cần phải được phát hiện và điều trị sớm.

VI. CÁC RỐI LOẠN CƠ THỂ TÂM SINH

Một số các rối loạn dị ứng, các biểu hiện nội tiết dinh dưỡng, các biểu hiện tim-mạch, một số tăng HA động mạch, một số đau thắt ngực, nhiều biểu hiện tiêu hóa, một loạt các rối loạn đau, rối loạn chức năng (đau đầu, nôn, táo bón, ỉa chảy, trống ngực, rối loạn tiểu tiện hoặc rối loạn phụ khoa ở phụ nữ...).

VII. CHẨN ĐOÁN

Việc chẩn đoán các rối loạn cơ thể tâm sinh cần phải thận trọng và chính xác, tránh khuynh hướng quá mở rộng hoặc quá thu hẹp. Vì vậy, làm chẩn đoán rối loạn cơ thể tâm sinh cần căn cứ vào 4 tiêu chuẩn sau:

1. Bệnh có nguyên nhân tâm lý rõ ràng và sâu sắc, hoặc là nguyên nhân duy nhất hoặc là nguyên nhân chủ yếu.
2. Nguyên nhân cơ thể không có hoặc có không đáng kể
3. Bệnh tiến triển có liên quan chặt chẽ đến trạng thái tâm thần người bệnh.
4. Điều trị bằng liệu pháp tâm lý có kết quả rõ rệt.

VIII. ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ RỐI LOẠN CƠ THỂ TÂM SINH ĐẶC TRƯNG

Hệ thống hô hấp	Loại nhân cách và biểu hiện	Điều trị
Hen phế quản	Không có nhân cách đặc trưng, thường có nhu cầu phụ thuộc quá mức, muốn được che chở trong vô thức. - Biểu hiện co thắt phế quản, phù, tăng tiết quá mức. - Tác nhân di truyền, dị ứng, nhiễm trùng, stress, có thể đơn độc hoặc kết hợp với nhau	LPTL cá nhân, nhận thức-ứng xử (giải mã cảm có hệ thống), khí công. Cần được điều trị kết hợp bởi thầy thuốc nội khoa, dị ứng, tâm thần. Thuốc chống hen, an thần, giải lo âu.
Tăng huyết áp	NC có khuynh hướng typ A, vẻ ngoài lạnh nhạt, khúm núm, nhân cách cường bức, tức giận bị kìm nén. Khi bị stress mạn gây tăng HA	LPTL nhận thức-ứng xử, thiền, thư giãn-khí công. Thuốc an thần, giải lo âu Thuốc hạ HA tùy trường hợp cụ thể.
Rối loạn nhịp tim	Có thể đe dọa tính mạng như trống ngực, nhịp nhanh thất, rung thất kết hợp với RLCX. Cũng kết hợp với chấn thương cảm xúc là nhịp nhanh xoang. Tăng catecholamin huyết tương, acid béo tự do. - Không có NC hay stress cảm xúc đặc trưng.	LPTL Thuốc chẹn beta giúp bảo vệ chống lại sự xúc động gây ra RL nhịp tim. Thuốc an thần, giải lo âu, chống trầm cảm.
Rối loạn động mạch vành	- Không có nhân cách đặc trưng. Thường có nhu cầu phụ thuộc quá mức, muốn được che chở trong vô thức. - Biểu hiện co thắt phế quản, phù, tăng tiết quá mức. - Tác nhân di truyền, dị ứng, nhiễm trùng, stress, có thể đơn độc hoặc kết hợp	- thuốc điều trị đặc hiệu - Thuốc an thần, giải lo âu - LPTL thư giãn-khí công, thiền
Loét dạ dày - tá tràng	- Lý thuyết đặc trưng. - Lý thuyết không đặc trưng - Gây tăng hoạt acid và tăng tiết pepsin dạ dày dẫn tới gây loét dạ dày. - Nhiễm trùng Helicobacter pylori	LPTL : thư giãn-khí công, nhận thức-ứng xử. Thuốc an thần, giải lo âu Thuốc chữa loét dạ dày-tá tràng. Thuốc diệt Helicobacter pylori



**THƯ VIỆN
HUBT**

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Viêm loét đại tràng	- Lý thuyết đặc trưng. - Lý thuyết không đặc trưng - Có yếu tố di truyền và GD. - Có các nét NC cường bức chiếm ưu thế: giản dị, có kỷ luật, sạch sẽ, đúng giờ, thông minh, rụt rè, bị ức chế trong biểu lộ sự tức giận. - Viêm loét đại tràng mạn tính và đi lỏng ra máu.	LPTL nâng đỡ, nhận thức-ứng xử. Thuốc an thần, giải lo âu, kháng cholinergic và chống co thắt... Prednisolon ích lợi trong một số trường hợp.
Nôn, buồn nôn, táo bón, đi rửa	- Liên quan tới lo âu và lo sợ ám ảnh. - Một trong những nét biểu hiện của dị ứng.	LPTL thư giãn-khí công, nhận thức-ứng xử. Thuốc chống trầm cảm, giải lo âu.
Viêm da thần kinh	- Chàm, vẩy nến gặp ở người bệnh bị nhiều stress và đặc biệt mất người thân, xung đột liên quan tới tình dục, kìm nén tức giận.	LPTL: thư giãn-khí công, nhận thức-ứng xử. Thuốc an thần, giải lo âu, chống trầm cảm Thuốc chống viêm, dị ứng...
Rối loạn chuyển hóa và nội tiết	- Nhiễm độc giáp có thể xảy ra sau một stress nặng, đột ngột. - Tiểu đường thường kết hợp với lo sợ và lo âu mạn tính. - Trầm cảm làm thay đổi chuyển hóa hormon, đặc biệt hormon adrenocorticotid.	LPTL thư giãn-khí công, nhận thức-ứng xử, thiền. Thuốc an thần, giải lo âu, chống trầm cảm. Thuốc đặc hiệu theo bệnh.
Đau đầu	- Đau đầu căng thẳng do co thắt các cơ gây gây giảm lưu lượng máu, thường kết hợp với lo âu và bị stress. - Đau đầu migraine thường một bên, khởi phát do stress, tập luyện kéo dài, thức ăn giàu tyramin.	LPTL thư giãn-khí công. Thuốc giải lo âu.

BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT

(schizophrenia)

1. Định nghĩa

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một bệnh tâm thần mạn tính, nguyên nhân chưa biết rõ, được đặc trưng bởi nhiều triệu chứng loạn thần nặng, làm biến đổi sâu sắc nhân cách trong mọi lĩnh vực hoạt động: cảm xúc, tri giác, tư duy, hành vi. Bệnh còn biểu hiện khuynh hướng tách rời đời sống thực tại và thế giới bên ngoài để chìm đắm trong tư duy tự kỷ. Bệnh tiến triển theo các giai đoạn: tiềm tàng, hoạt động, di chứng và bao gồm nhiều thể lâm sàng khác nhau.

2. Dịch tễ

- Bệnh thường bắt đầu ở tuổi 15-35 (50% trước 25 tuổi)
- Trước 10 tuổi và sau 40 tuổi hiếm gặp
- Tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ là 1/1
- Tỷ lệ mắc bệnh chung từ 0,6-1% dân số.

3. Biểu hiện lâm sàng

Những nét đặc trưng chủ yếu của Tâm thần phân liệt.

3.1. Tính thiếu hòa hợp: bao gồm tính hai chiều, tính kỳ dị khó hiểu và tính tách rời thực tại. Biểu hiện chủ yếu qua cảm xúc, tri giác, tư duy, hành vi.

3.1.1. Rối loạn hình thức biểu hiện tư duy

- Dòng tư duy: có thể bị ngắt quãng, nhanh, chậm, trì trệ, lặp lại.v.v.
- Rối loạn trong giao tiếp: không nói, nói một mình, nói rất nhỏ, trả lời bên cạnh.v.v.
- Âm điệu: đổi giọng, giả giọng, thêm từ vô nghĩa. Thay đổi cấu trúc ngữ pháp, tạo nên một ngôn ngữ mới, bí hiểm.

3.1.2. Rối loạn nội dung tư duy

- Tư duy bị chi phối theo hoang tưởng



- Rối loạn quá trình liên tưởng
- Rối loạn tư duy logic: lý luận xa rời thực tế, trừu tượng, bí hiểm.
- Tạo ra những khái niệm mới, học thuyết mới.

3.1.3.. Rối loạn cảm xúc

- Thay đổi cảm xúc cơ bản: mất nhiệt tình sống, phản ứng cảm xúc không thích hợp, cảm xúc trái ngược
- Thoái triển cảm xúc - bản năng: rối loạn quan hệ cảm xúc với gia đình, xã hội. Quay về hoạt động bản năng.

3.1.4.. Rối loạn hành vi

- Tính hai chiều: mất ý chí, lưỡng lự, bối rối, điệu bộ và hành vi trái ngược nhau.
- Tính kỳ dị: hành vi lạ lùng, vô lý, bất thường, tượng trưng, kiểu cách.
- Tính khó hiểu: gây tội ác vô cớ, tự cắt xẻo, tự sát, cơn ăn uống vô độ.
- Hành vi lặp lại trong nét mặt, lời nói, cử chỉ, thái độ như: nhại động tác, nhại nét mặt, nhại lời nói, bất động hoặc tăng động.
- Tính phủ định: không nói, bỏ trốn, cơn kích động đập phá, giữ nguyên dáng, từ chối ăn.

3.2. Tính tự kỷ

- Cắt đứt liên hệ với thực tại: sống trong một thế giới riêng với tính khó thâm nhập, tính kỳ dị.
- Con người tự kỷ: lạ lùng, khó hiểu do tan rã nhân cách.
- Thế giới tự kỷ: trong đó mọi quy luật xã hội, tự nhiên đều bị đảo lộn.

3.3. Trạng thái loạn thần

Hội chứng tâm thần tự động, hoang tưởng và ảo giác nhiều loại khác nhau (chủ yếu hoang tưởng bị chi phối, hoang tưởng liên hệ, bị hại; ảo thanh bình phẩm, đe dọa.v.v.).

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định: theo tiêu chuẩn chẩn đoán TTPL của PLBQT 10 (F20)

4.1.1. Ít nhất có một triệu chứng rất rõ trong bốn nhóm triệu chứng sau

- Hội chứng tâm thần tự động: tư duy vang thành tiếng, tư duy bị bộc lộ...
- Hoang tưởng bị chi phối.

- Ảo thanh bình phẩm
- Hoang tưởng kỳ quái dai dẳng

4.1.2. Nếu không có triệu chứng nêu trên, phải có ít nhất hai trong các triệu chứng sau:

- Một ảo giác dai dẳng bất kỳ kết hợp với một hoang tưởng chưa hoàn chỉnh bất kỳ.
- Các triệu chứng âm tính của TTPL: cảm xúc cùn mòn, tư duy nghèo nàn, ý chí giảm sút.
- Các rối loạn ngôn ngữ đặc trưng: tư duy ngắt quãng, thêm từ lạ trong câu nói, ngôn ngữ bịa đặt...
- Các biến đổi tập tính trầm trọng và kéo dài: mất thích thú, lười nhác, cách ly xã hội.

4.1.3. Các triệu chứng nêu trên phải tồn tại rõ ràng trong thời gian ít nhất một tháng.

4.2. Chẩn đoán phân biệt (theo PLBQT 10)

- Không có hội chứng hưng cảm hay trầm cảm điển hình kéo dài.
- Không có trạng thái bệnh não rõ rệt: động kinh, viêm não.v.v.
- Không đang ở trong trạng thái nhiễm độc ma túy hay đang cai ma túy.

4.3. Chẩn đoán các thể lâm sàng theo ICD10

4.3.1. Thể paranoid: hoang tưởng và ảo giác chiếm ưu thế, hội chứng tâm thần tự động

4.3.2. Thể thanh xuân: cảm xúc cùn mòn, hành vi lộn xộn, kích động chiếm ưu thế.

4.3.3. Thể căng trương lực: nổi bật các triệu chứng căng trương lực (bất động, giữ nguyên dáng, phủ định)

4.3.4. Thể trầm cảm sau phân liệt

4.3.5. Thể di chứng

5. Tiến triển và tiên lượng

5.1. Tiến triển

- Bệnh có thể tiến triển liên tục, chu kỳ hay liên tục từng cơn
- Các thể tiến triển liên tục có tiên lượng nặng nhất, thường dẫn đến trạng thái mạn tính, khó điều trị, đôi khi mất trí.
- Nhẹ nhất là các thể tiến triển chu kỳ, điều trị có thể thuyên giảm cơ bản.



5.2. Tiên lượng tốt hơn nếu

- Không có những nét nhân cách giống phân liệt trước khi bị bệnh.
- Bệnh khởi phát do sang chấn tâm lý hay bệnh cơ thể thúc đẩy.
- Bệnh khởi phát đột ngột
- Bệnh phát ở lứa tuổi đã trưởng thành.
- Không có nhân tố di truyền trong gia đình.

6. Điều trị

- Do căn nguyên chưa biết rõ, cho đến nay điều trị bệnh TTPL vẫn còn là điều trị triệu chứng và hội chứng (triệu chứng âm tính và dương tính).
- Bệnh TTPL có khuynh hướng tiến triển mạn tính nên phải duy trì điều trị lâu dài, kết hợp thuốc với liệu pháp tâm lý và liệu pháp phục hồi chức năng tâm lý xã hội và lao động.

6.1. Liệu pháp hóa dược

6.1.1. Chọn thuốc chống loạn thần phù hợp với các triệu chứng chủ yếu

- Đối với các triệu chứng dương tính: hoang tưởng, ảo giác, nên chọn haloperidol, aripiprazol (Abilify); Olanzapin (Oleanz rapitab, Zyprexa); Risperidol (Risperdal, Lesvidon, Sizodon).
- Đối với kích động, lo âu: chọn haloperidol, olanzapin (Zyprexa, Oleanz rapitab).
- Đối với hội chứng căng trương lực: chọn solian liều thấp, haloperidol liều thấp.
- Đối với triệu chứng âm tính: chọn solian liều thấp, olanzapin (Zyprexa, Oleanz rapitab), aripiprazole (Abilify).
- Đối với TTPL di chứng nên chọn aripiprazol (Abilify), olanzapin (Zyprexa, Oleanz rapitab), risperidol (Risperdal, Lesvidon, Sizodon).
- Đối với TTPL cảm xúc: kết hợp các thuốc chống loạn thần thế hệ mới với các thuốc điều chỉnh khí sắc (Tegretol, Depakode) hoặc thuốc chống trầm cảm liều thấp nếu có trầm cảm kèm theo.

6.1.2. Chọn liều thích hợp

- Tùy theo trạng thái bệnh lý của từng người bệnh (thể bệnh, giai đoạn tiến triển của bệnh, có bệnh cơ thể kèm theo hay không...).
- Tùy theo sự dung nạp thuốc và tác dụng phụ ở mỗi người bệnh.
- Từ liều thấp đến liều cao.

6.2. Liệu pháp tâm lý

- Liệu pháp tâm lý nâng đỡ cá nhân.
- Liệu pháp ứng xử đối với những rối loạn hành vi tập nhiễm trong bệnh viện
- Liệu pháp gia đình: nhằm giải quyết thành kiến và xung đột giữa các thành viên trong gia đình người bệnh, giúp bệnh tiến triển tốt hơn.

6.3. Liệu pháp tái thích ứng tâm lý xã hội

- Giúp người bệnh duy trì được hoạt động nghề nghiệp thích hợp, phù hợp với đặc điểm bệnh lý.
- Giúp người bệnh khắc phục được những triệu chứng âm tính thông qua hướng dẫn tham gia sinh hoạt tập thể ở cộng đồng.

ĐẠI CƯƠNG VỀ NGHIỆN CHẤT

(substance dependence)

- Theo bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần được xếp vào mục F10 - F19: bao gồm các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng rượu, các chất dạng thuốc phiện, các chất kích thần, các chất gây ảo giác.v.v.

- Trong phần này chúng tôi trình bày các rối loạn liên quan tới các chất đang bị lạm dụng chủ yếu ở Việt Nam như rượu, thuốc lá, các chất dạng thuốc phiện, các chất kích thần dạng amphetamin, MDMA (thuốc lắc), cần sa... Các biểu hiện lâm sàng của tình trạng nhiễm độc, hội chứng cai và cách xử trí.

1. Các khái niệm cơ bản

1.1. Chất ma túy là gì ?

Chất ma túy là những chất gây nghiện (theo quy định của từng nước) nếu sử dụng lặp lại nhiều lần sẽ dẫn đến trạng thái lệ thuộc vào chất đó, do tác động của các chất đó vào hệ thần kinh trung ương.

1.2. Nghiện ma túy là gì ?

Nghiện ma túy là thèm muốn bất thường, kéo dài, không kiểm soát được đối với chất ma túy, người nghiện thường viện cớ tìm kiếm sự khoái cảm



hoặc hiệu quả giảm hoạt động hoặc tăng hoạt động, gây hậu quả tai hại về tâm thần và xã hội.

1.3. Thế nào là sự dung nạp ?

Dung nạp là tình trạng đáp ứng của cơ thể với một chất được biểu hiện bằng sự cần thiết phải tăng liều để đạt được cùng một hiệu quả.

1.4. Thế nào là sự phụ thuộc về cơ thể ?

Là sự đòi hỏi của cơ thể liên quan tới việc đưa vào đều đặn một chất hóa học ngoại sinh cần thiết để duy trì sự cân bằng của cơ thể. Sự phụ thuộc này được biểu hiện bằng hội chứng cai hay hội chứng thiếu thuốc khi ngừng sử dụng hoặc giảm liều đáng kể.

1.5. Thế nào là sự phụ thuộc về tâm thần ?

Sự phụ thuộc về tâm thần được đặc trưng bởi một xung động sử dụng chất ma túy theo chu kỳ hoặc liên tục với mục đích tìm kiếm khoái cảm hoặc làm giảm căng thẳng

1.6. Cai nghiện là gì ?

Cai nghiện là cắt chất ma túy mà người nghiện thường sử dụng (nghiện) dẫn đến việc xuất hiện hội chứng cai mà vì nó cần phải được điều trị.

1.7. Thế nào là nhiễm độc hệ thần kinh trung ương

Nhiễm độc có liên quan tới việc sử dụng mới đây một chất gây nghiện, dẫn tới sự biến đổi bất thường về nhận thức, hành vi, cũng như các mặt hoạt động tâm thần khác của người sử dụng (so với trước khi sử dụng). Sự nhiễm độc này rất khác nhau ở mỗi người, do phụ thuộc vào các tác nhân như loại chất gây nghiện, liều lượng, tình huống sử dụng, đường sử dụng và nhân cách tiềm ẩn của người sử dụng.

1.8. Quá liều

Là tình trạng sử dụng một lượng chất gây nghiện (ma túy) lớn hơn khả năng dung nạp của cơ thể vào thời điểm đó, đe dọa tới tính mạng của người sử dụng nếu không được cấp cứu kịp thời.

2. Tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện rượu và ma túy theo bảng phân loại bệnh quốc tế 10

Chỉ chẩn đoán xác định nghiện khi có ít nhất 3 tiêu chuẩn sau đây đã được trải nghiệm hay biểu lộ vào một lúc nào đó trong vòng một năm trở lại đây:

1. Thèm muốn mãnh liệt dùng chất ma túy.
2. Mất khả năng kiểm soát việc dùng chất ma túy.
3. Ngừng sử dụng ma túy sẽ xuất hiện hội chứng cai.
4. Liều ma túy sử dụng ngày càng tăng.
5. Luôn tìm kỳ được chất ma túy, xao nhãng nhiệm vụ và sở thích.
6. Biết tác hại nặng nề vẫn tiếp tục sử dụng chất ma túy.

3. Phân loại các chất gây nghiện

Có nhiều cách phân loại khác nhau, sự phân loại ở đây **dựa chủ yếu vào tác dụng lâm sàng chính** của chất gây nghiện trên hệ thần kinh trung ương và gây ra những biến đổi chức năng tâm thần đặc trưng.

3.1. Các chất gây yên dịu

- Rượu.
- Các thuốc giải lo âu, gây ngủ: benzodiazepin, barbituric.
- Các chất dạng thuốc phiện: thuốc phiện, morphin, codein, heroin v.v..

3.2. Các chất kích thần

- Nicotin: thuốc lá, thuốc Lào.
- A.T.S (Amphetamine Type Stimulant): amphetamin, pervitin, rilatin.
- Cocain và các chế phẩm.

3.3. Các chất kích thần gây ảo giác

- XTC (Ecstasy, MDMA, thuốc lắc).

3.4. Các chất yên dịu gây ảo giác

- Các dung môi hữu cơ; các chất tẩy, dung dịch hòa tan ...
- LSD25 và các chất tương tự

4. Nguyên nhân nghiện rượu, ma túy: đa nguyên nhân

- Đó là sự giao thoa giữa chất ma túy, con người và môi trường (gia đình và xã hội).
- Liên quan tới mọi tầng lớp xã hội, nghề nghiệp, ở môi trường đô thị cũng như ở nông thôn.

- Các đối tượng liên quan ngày càng trẻ, đa nghiện và có nhiều hành vi nguy cơ cao (tiêm chích, dùng chung bơm kim tiêm, tình dục không an toàn ...).
- Các lý do thường được nêu ra:
 - + Tò mò, bị lôi cuốn vào cái mới lạ, ý định tiêu khiển.
 - + Tìm kiếm sự dễ chịu, mong muốn sáng tạo.
 - + Đồng hóa nhóm ngoài lề xã hội.
 - + Từ chối, vứt bỏ hệ thống các giá trị chuẩn mực xã hội.
- Các lý do liên quan ở một số thời điểm trong cuộc đời: như liên quan tới pháp luật, sự hài lòng, bệnh cơ thể, tang tóc, stress, mại dâm, đồng tính luyến ái, bỏ học, trộm cắp, sống ngoài lề xã hội.
- Các lý do liên quan tới nhân cách: xung động đòi được thỏa mãn, thiếu tự kiểm chế, phụ thuộc, thiếu tự khẳng định bản thân, chưa trưởng thành...
- Các lý do liên quan tới chất ma túy: dùng chất dạng thuốc phiện để quên đi buồn phiền, để giảm đau, để tê mê... hay dùng các chất kích thần để tăng sự hưng phấn, tăng tự tin, tăng khả năng làm việc, trí nhớ...
- Các lý do liên quan tới gia đình: buông lỏng giáo dục, không gương mẫu của người lớn, lạm dụng chất ở người lớn, xung đột gia đình thường xuyên, sự nuông chiều con trẻ quá mức...

5. Điều trị

- Nghiện ma túy và nghiện rượu là những bệnh mạn tính hay tái nghiện mạn tính. Vì vậy cần phải điều trị lâu dài, dự phòng tái phát và tốt nhất là điều trị ngoại trú. Cốt lõi giải độc chỉ là giai đoạn ngắn ban đầu và có thể có biến chứng do vậy ở giai đoạn này tốt nhất điều trị nội trú. Tuy nhiên không phải chất ma túy nào cũng gây phụ thuộc về cơ thể và cần phải cắt cơn giải độc.
- Đây là một bệnh do nhiều nguyên nhân gây ra nên việc điều trị không chỉ có thuốc mà còn phải kết hợp với các liệu pháp tâm lý thích hợp như liệu pháp thể chế, liệu pháp gia đình, liệu pháp nhận thức-ứng xử, tư vấn, thư giãn-khí công.v.v.
- Việc lựa chọn thuốc, phương pháp điều trị, tùy thuộc vào chất ma túy bị lạm dụng, vào hoàn cảnh cụ thể của từng người bệnh, vào chỉ định và chống chỉ định của thuốc, vào việc có hay không sự trợ giúp của gia đình và xã hội v.v.
- Việc điều trị thành công ít hay nhiều còn phụ thuộc vào một nhân tố rất quan trọng đó là năng lực, trách nhiệm và đạo đức của người thầy thuốc.

– Kế hoạch điều trị phải được xây dựng cụ thể, lâu dài phù hợp với từng người bệnh, chia thành nhiều bước nhỏ. Ví dụ từ nghiện ma túy → giảm hại → chống tái nghiện → khỏi bệnh.

– Việc lựa chọn phương pháp điều trị cần phải cân nhắc tới mối quan hệ “giá cả - hiệu quả” vì đây là một điều trị duy trì lâu dài.

6. Dự phòng nghiện ma túy

Như đã trình bày, nghiện ma túy là kết quả tác động qua lại của ba nhân tố. Cá nhân (có khuynh hướng lạm dụng chất), *Chất ma túy* và *Môi trường* sống. Nói cách khác nghiện ma túy có cả nguyên nhân bên trong (cá nhân) lẫn nguyên nhân bên ngoài (chất ma túy và môi trường).

Chính vì lẽ đó mà các hoạt động *dự phòng đều phải tác động vào 3 nhân tố* nêu trên.

6.1. Tác động vào cá nhân

– Giáo dục cá nhân về trách nhiệm bảo vệ sức khỏe của chính mình trước sự quyến rũ của chất ma túy.

– Giáo dục các kỹ năng sống tự chủ, khẳng định bản thân, có trách nhiệm với gia đình và xã hội, có các hành vi thích ứng với các sự kiện xảy ra, học cách vượt qua các khó khăn trong cuộc sống mà không cần đến sự trợ giúp của các chất ma túy.

6.2. Đấu tranh loại trừ ma túy và kiểm soát chặt chẽ chất gây nghiện

Đây là nhiệm vụ vô cùng khó khăn mà Chính phủ đã giao cho các cơ quan chức năng.

Phấn đấu giảm cung chất ma túy thông qua việc cấm sản xuất, buôn bán, tàng trữ chất ma túy, kiểm soát chặt chẽ các được phẩm gây nghiện trên thị trường, phấn đấu thực hiện một môi trường xã hội trong sạch, "không có ma túy".

6.3. Tác động vào môi trường sinh sống

Liên tục đẩy mạnh công tác thông tin đại chúng nhằm liên kết mọi tầng lớp nhân dân trong công tác phòng chống ma túy.

Đối với thanh thiếu niên, cải thiện môi trường sống trong gia đình cũng như ngoài xã hội, chống lại lối sống buông thả, thiếu đạo đức hoặc lối sống buồn tẻ, đơn điệu hoặc lối sống bạo lực, xâm phạm.

Phát triển các nguồn lực văn hoá xã hội như tạo ra các sân chơi lành mạnh cho thanh thiếu niên (thư viện, thể thao, phim ảnh, văn nghệ giải trí v.v) theo hướng tác động tích cực.

Giữ gìn và phát huy bản sắc văn hoá dân tộc phù hợp với luân lý, đạo đức truyền thống của nước ta .

Nâng cao chất lượng cuộc sống "cộng đồng", đề cao lối sống có trách nhiệm và tương trợ lẫn nhau, phản đối lối sống cá nhân, vị kỷ.

NGHIỆN RƯỢU

(alcohol dependence)

I. TÁC ĐỘNG VÀ TÁC HẠI CỦA RƯỢU

– Rượu là một chất gây nghiện mạnh, gây nhiễm độc hệ thần kinh trung ương, gây phụ thuộc về cơ thể và tâm thần mạnh, nhưng rất tiếc vẫn được coi là hợp pháp và bị lạm dụng nhiều nhất trong số các loại chất gây nghiện ở Việt Nam cũng như trên thế giới.

– Hậu quả do lạm dụng rượu gây ra cho xã hội rất lớn. Ở Mỹ thiệt hại do rượu gây ra khoảng 150 tỷ đô la/ năm (trực tiếp và gián tiếp).

– Rượu là loại chất gây nghiện người ta phải cai nghiện nhiều nhất trên thế giới và cũng là chất gây nghiện gây nhiều thiệt hại về y tế (bệnh cơ thể và tâm thần), về kinh tế và xã hội.

– Nhiều nước trên thế giới đã có chính sách quốc gia phòng chống lạm dụng rượu, tuy nhiên ở Việt Nam vấn đề này vẫn còn chưa được quan tâm đúng mức. Việc sản xuất rượu, lưu thông, bán lẻ vẫn còn rất phổ biến, thiếu sự kiểm soát chặt chẽ của chính phủ.

1. Tác động của rượu

- Giảm căng thẳng.
- Liều thấp làm thoải mái, thư thái, tăng giá trị bản thân nhưng cũng có thể gây buồn ngủ, trầm cảm.
- Liều cao hơn làm giảm phản ứng, mất điều hòa động tác, lý lẽ, đi xiêu vẹo.
- Nặng hơn các chức năng của não như nhận thức, điều hòa hoạt động của cơ bị rối loạn dẫn tới hôn mê, có thể ngừng tim, ngừng hô hấp và tử vong.

2. Tác hại của rượu

- Đối với cơ thể: mắc các bệnh về gan (như xơ gan, ung thư gan); tụy (viêm tụy, ung thư tụy); dạ dày (viêm loét, ung thư); thận, tim, suy dinh dưỡng, viêm đa dây thần kinh v.v...
- Đối với tâm thần: rối loạn trí nhớ, giảm kiểm chế cảm xúc và hành vi (hung hăng, tấn công người khác), lo âu, ảo giác, ghen tuông, cảm giác bị theo dõi, trầm cảm, mất trí.
- Đối với xã hội: thường gây rắc rối trong gia đình và công việc, tài chính và pháp luật (như vi phạm luật, gây tai nạn giao thông, vận hành máy v.v...).
- Chi phí chữa bệnh cao.
- Từ rượu chuyển sang các chất ma túy khác.

II. LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN DO RƯỢU

1. Các rối loạn tâm thần trong nhiễm độc rượu cấp

1.1. Say rượu đơn thuần

1.1.1. Biểu hiện lâm sàng.

- Giai đoạn đầu: vui vẻ, hưng phấn, nói nhiều. Nồng độ rượu trong máu khoảng 1-2g/lít.
- Giai đoạn tiếp theo: say rượu, mất phối hợp vận động, đi loạng choạng, lú lẫn, nói nhiều, nói không mạch lạc. Nồng độ rượu trong máu trên 2g/lít.
- Giai đoạn sau: mất cảm giác, ngủ, có thể bán hôn mê. Nồng độ rượu trong máu trên 3g/lít.
- Hôn mê do rượu: hôn mê sâu, giảm trương lực cơ, giãn đồng tử, hạ thân nhiệt, hạ huyết áp, suy hô hấp, hạ đường huyết. Liều tử vong khi nồng độ rượu trong máu 4-5g/lít. Lạnh và đói trước khi uống rượu làm tăng nguy cơ tử vong.

1.1.2. Điều trị

- Say rượu thông thường, không rối loạn ý thức nặng, không cần đến can thiệp đặc hiệu.
- Nếu xuất hiện hôn mê hay bán hôn mê phải điều trị cấp cứu.
 - + Nhanh chóng khám xét để loại trừ các nguyên nhân như sảng run, nhiễm độc khác ngoài rượu, bệnh não, chấn thương sọ não...

+ Chuyển hồi sức cấp cứu: trợ hô hấp, trợ tim mạch, truyền dung dịch ngọt ưu trương 20% x 1000ml.

+ Nếu kích động hoặc có hoang tưởng, ảo giác, dùng các thuốc chống loạn thần như haloperidol 5mg x 2 ống (tiêm bắp) và seduxen 10mg x 1 ống (tiêm bắp).

1.2. Say rượu bệnh lý

1.2.1. Biểu hiện lâm sàng

- Khác với say rượu đơn thuần, lượng rượu uống ít hay rất ít.
- Thường gặp ở những người có nhân cách yếu, nhân cách bệnh, nhân cách ranh giới, những người có trạng thái phụ thuộc vào rượu rõ rệt.
- Con xảy ra đột ngột, bất ngờ
- Có nhiều rối loạn hành vi và có rối loạn ý thức (thường lú lẫn).

1.2.2. Các thể lâm sàng

*. Con say kích động: thường gặp

- Không có lý do hoặc lý do vu vơ, bỗng nhiên trở nên giận dữ, tấn công, gào thét đập phá.

- Con kéo dài vài giờ và kết thúc bằng bất tỉnh hay vào giấc ngủ.
- Thường quên sau cơn và cơn có khuynh hướng tái phát.

*. Con say ảo giác: thường là ảo thị, ảo thanh khủng khiếp (gây kích động).

*. Con say hoang tưởng:

- Thường là các hoang tưởng ghen tuông, bị hại, tự tố cáo.
- Trường hợp nặng có thể dẫn tới xung động tấn công hoặc tự sát

1.2.3.. Điều trị say rượu bệnh lý

- Đây là một trạng thái loạn thần rất nguy hiểm, cần cho nhập viện ngay.
- Cần đề phòng hành vi tự sát hay tấn công người khác.
- Sử dụng thuốc chống loạn thần như: haloperidol 5mg x 2 ống (tiêm bắp) và seduxen 10mg x 1 ống (tiêm bắp). Tùy theo tình hình cụ thể có thể tiêm lặp lại liều trên 2- 3 lần /ngày. Nếu có tác dụng phụ của haloperidol (loạn động cấp), cho thêm artan 2mg x 2 viên x 1-2 lần/ngày.

2. Các rối loạn tâm thần trong nhiễm độc rượu mạn (nghiện rượu)

2.1. Hội chứng cai rượu

2.1.1. Biểu hiện lâm sàng

- Rối loạn thần kinh-cơ: run, chuột rút.
- Rối loạn tiêu hóa: chán ăn, buồn nôn, tiêu chảy.
- Rối loạn thần kinh thực vật: vã mồ hôi, nhịp tim nhanh.
- Rối loạn tâm thần: lo âu lan tỏa, tăng cảm xúc, tăng tính kích thích, rối loạn trí nhớ thoáng qua.
- Hội chứng cai xuất hiện sau khi ngừng uống rượu một thời gian ngắn, có thể không quá một đêm.
- Hội chứng cai kéo dài 24-36 giờ sau khi ngừng uống rượu triệt để.
- Lo âu mất ngủ có thể tồn tại vài ngày.
- Ác mộng có thể kéo dài từ 8-15 ngày.

2.1.2. Điều trị

- Tốt nhất điều trị nội trú, có thể điều trị ngoại trú với người nghiện nhẹ, mới nghiện, có động cơ cai rượu mạnh.
- Ngừng sử dụng rượu hoàn toàn
- Bù nước điện giải đầy đủ: dung dịch oresol 3 lít/ngày.
- Cho benzodiazepin (seduxen, valium, tranxene) liều cao trong 48 giờ (seduxen 20mg/lần x 2 lần/ngày), sau đó giảm dần trong 1 tuần (nhằm gây an dịu và phòng các cơn co giật có thể xảy ra khi cai rượu)
- Cho vitamin nhóm B đầy đủ để phòng các biến chứng thần kinh.
 - + Vitamin B1 1g/ngày, tiêm bắp x 8 ngày
 - + Vitamin B6 0,5g/ngày(uống) x 8 ngày
 - + Ngoài ra cho thêm vitamin B₁₂, PP.

2.2. Ảo giác do rượu

2.2.1. Biểu hiện lâm sàng

- Thường xuất hiện trong vòng 48 giờ sau khi cai rượu



– Hội chứng ảo giác paranoid với đặc điểm: không mất phê phán, không rối loạn ý thức, không rối loạn định hướng. Chủ yếu là ảo thanh lời nói, đe dọa, tố cáo, quấy rối, thường phối hợp với ảo tưởng thị giác, ảo giác xúc giác.

– Thường có kết hợp lo âu khoảng 1 tuần.

2.2.2: Điều trị

– Như hội chứng cai rượu.

– Cho thêm thuốc haloperidol 5mg x 2 ống x 1-2 lần/ngày x 3-5 ngày.

3. Sàng rượu cấp và bán cấp

3.1. Biểu hiện lâm sàng

Sàng rượu cấp

– Hội chứng mê sàng kích động:

+ Rối loạn định hướng không gian, thời gian nặng.

+ Hội chứng loạn thần đa dạng: ảo tưởng, ảo ảnh kỳ lạ, ảo thị rùng rợn, đe dọa, phối hợp với các hoang tưởng cảm thụ(thường có nội dung bị hại).

+ Hành vi bị chi phối mạnh bởi các ảo tưởng, ảo giác, nên thường mang tính chất kích động nguy hiểm (tự vệ hay tấn công, hoặc bỏ trốn hoặc nhảy qua cửa sổ).

+ Rối loạn cảm xúc mạnh: căng thẳng, lo âu, hoảng hốt

+ Các biểu hiện trên tăng về chiều tối, thỉnh thoảng có giai đoạn ngắn ý thức trở lại sáng sủa.

+ Sau cơn nhớ rời rạc từng mảng.

– Hội chứng thần kinh:

+ Run: mạnh, thường xuyên, không đều, run toàn bộ cơ thể

+ Nói khó, mất phối hợp vận động với các cử chỉ vụng về, bước đi chệch choạng, hay ngã.

+ Trường hợp nặng hơn: rối loạn nuốt, tăng trương lực cơ

– Hội chứng toàn thể: biểu hiện trạng thái nặng của cơn.

+ Sốt dao động hoặc sốt cao

+ Nhịp tim nhanh

+ Mất nước: lưỡi khô, khát nước, vã mồ hôi.

+ Nôn, tiêu chảy

- + Rối loạn điện giải: cần làm điện giải đồ nhiều lần
- + Rối loạn chức năng gan.
- Tiến triển
 - + Thuận lợi: khỏi trong vòng 2-4 ngày, giấc ngủ trở lại bình thường, yên dịu, tỉnh táo.
 - + Tử vong: nếu có hôn mê gan, xuất huyết tiêu hóa, viêm phổi, tổn thương não (xung huyết lan tỏa không đặc trưng).

Sảng rượu bán cấp

- Thường gặp hơn thể cấp vừa mô tả.
- Cần cảnh giác vì có thể chuyển thành thể cấp điển hình
- Cũng có những triệu chứng mô tả ở trên nhưng ít trầm trọng hơn và thoái triển dần.

3.2. Điều trị sảng rượu cấp (sảng run) và bán cấp

- Cho nhập viện ngay và điều trị cấp cứu càng sớm càng tốt.
- Khám toàn diện loại trừ khả năng có các tổn thương thực thể hay nhiễm trùng.
- Bù nước điện giải: cho uống dung dịch oresol 5-6 lít/ngày hoặc truyền dịch.
- Cho vitamin nhóm B liều cao như trong điều trị hội chứng cai.
- Nếu kích động nhiều, có ảo giác cho haloperidol 5mg x 2 ống x 2 lần/ngày(tiêm bắp) và seduxen 10mg x 1 ống x 2 lần ngày(tiêm bắp), trong thời gian từ 5-7 ngày.
- Cần tiếp tục các liệu pháp hóa dược, tâm lý và xã hội để duy trì trạng thái cai rượu trong nhiều tháng vì sảng run dễ tái phát và khi tái phát nguy kịch hơn.

4. Các bệnh não do rượu. Thường do thiếu dinh dưỡng và vitamin nhóm B

4.1. Biểu hiện lâm sàng

4.1.1. Hội chứng Korsakov: bao gồm viêm đa dây thần kinh(chủ yếu chi dưới), khoái cảm, lú lẫn, quên thuận chiều, bịa chuyện.

4.1.2. Bệnh não Gayet-Wernicke: bao gồm rối loạn tiêu hóa, rối loạn ý thức, rối loạn trí nhớ, rối loạn vận nhãn, rối loạn trương lực cơ, viêm đa dây thần kinh.

4.1.3. Các bệnh não khác: bệnh gan não mạn tính, teo não, teo tiểu não.

4.1.4. Điều trị các bệnh não do rượu: phần lớn các bệnh não do rượu, nhất là các hội chứng Korsakov và Gayet-Wernicke, thuyên giảm tốt với liệu pháp vitamine nhóm B liều cao và các biện pháp dinh dưỡng thích hợp. Tuy nhiên hội chứng Korsakov khó hồi phục hơn.

5. Điều trị chống tái nghiện rượu

Cai rượu không khó, trong vòng 1 tuần hội chứng cai sẽ mất với sự giúp đỡ của các thuốc hướng thần và bồi phụ nước điện giải. Không có thuốc hội chứng cai sẽ qua nhưng người bệnh chịu đựng vất vả hơn, có thể có biến chứng, thậm chí tử vong nếu không biết xử trí. Nhưng cai xong người bệnh thường nhanh chóng tái nghiện lại.

Việc điều trị chống tái nghiện rượu gặp rất nhiều khó khăn khi mà rượu vẫn còn chưa chịu sự kiểm soát nghiêm ngặt của nhà nước, vẫn còn được coi là nghi thức, tập tục văn hóa, vẫn còn được sản xuất tràn lan và bán khắp mọi nơi, cho mọi đối tượng, trong mọi hoàn cảnh.

Để chống tái nghiện rượu, sau khi đã cai nghiện rượu có thể áp dụng một số phương pháp sau:

5.1. Sử dụng naltrexon hydrochlorid (Depade viên 50mg) có tác dụng làm giảm thèm muốn rượu. Liều dùng 50mg/ngày, uống lâu dài, kết hợp với liệu pháp tâm lý gia đình và nhận thức - ứng xử cho kết quả chống tái nghiện tốt.

5.2. Sử dụng disulfiram viên 500mg, uống trước ăn sáng. Thuốc được coi như liệu pháp củng cố âm tính(sau khi uống disulfiram nếu uống rượu sẽ bị gây nôn). Cần phải tham khảo chống chỉ định của thuốc trước khi sử dụng. Cần kết hợp với các liệu pháp tâm lý để củng cố và tăng cường hiệu quả chống tái nghiện.

NGHIỆN CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN

(opioid dependence)

- Các chất dạng thuốc phiện(CDTP) gây dung nạp và phụ thuộc nặng về cơ thể và tâm thần, là loại ma túy mạnh và bị cấm sử dụng. Tác dụng giảm đau, yên dịu, gây flash (tác dụng chớp nhoáng).

- Thuốc phiện (Opium): là nước ép của quả cây thuốc phiện được cô lại.

- + Thường hút, uống: viên rửa

- + Người nghiện thường đun xái thuốc phiện với nước, lọc qua bông gạc rồi tiêm chích



- Morphin: là alkaloid chiết xuất từ thuốc phiện được dùng dưới dạng tiêm (bắp, tĩnh mạch).
- Codein: Alkaloid của thuốc phiện dùng để chữa ho.
- Heroin: chế phẩm của morphin, tồn tại dưới dạng bột trắng hoặc hạt màu trắng, màu be hoặc hồng, mùi rất chua, sử dụng: tiêm tĩnh mạch, hút, hít.
- Heroine là loại mạnh nhất trong số các CDTP và chúng ta lấy nó làm ví dụ.

1. Tác động của chất dạng thuốc phiện: một liều tiêm tĩnh mạch heroin gây ra hai hiệu quả:

- Trước tiên một cảm giác cực kỳ thoải mái, nhanh chóng xuất hiện mà một số người coi nó như “flash”. Thường xuất hiện trong giai đoạn sử dụng ban đầu, dùng lâu ngày cảm giác này có khuynh hướng biến mất.
- Hiệu quả khác: quan trọng hơn và bền vững hơn đó là cảm giác yên dịu, cực kỳ thoải mái, mọi đau khổ bị loại ra hết, những khó khăn của cuộc sống bị đẩy lùi, lo âu về ngày mai biến mất, không gian, thời gian thu hẹp với sự thoải mái hiện tại, đồng tử co, miệng khô, thở chậm.
- Quá liều (overdose): hôn mê, suy hô hấp cấp, tử vong nếu không được cấp cứu kịp thời.
- Hậu quả lâu dài: táo bón, giảm khẩu vị, gầy.

2. Tác hại của chất dạng thuốc phiện

- Gây nghiện mạnh.
- Về sức khỏe: ăn kém, gầy, nhiễm khuẩn do tiêm chích không vệ sinh, sản phẩm không tinh chế trộn lẫn các tạp chất khác, gây tắc mạch, dùng chung bơm kim tiêm gây nhiễm trùng máu, viêm gan B, C, HIV, bội nhiễm lao, sốt do tiêm, chết do tiêm quá liều.
- Về kinh tế: số tiền chi cho sử dụng CDTP ngày càng nhiều do phải tăng liều và tăng số lần sử dụng, nên sinh ra ăn cắp, mại dâm, tội phạm.
- Việc làm: chểnh mảng, không tập trung, dễ gây tai nạn, phần lớn thời gian dành cho tìm kiếm và sử dụng ma túy từ đó sinh ra mất việc, bỏ học.v.v...
- Trong gia đình: nói dối, thức đêm, ngủ ngày, ăn kém, không tôn trọng giờ giấc, đi về muộn, thay đổi thái độ, ăn cắp của gia đình.
- Trong xã hội: thường liên quan tới pháp luật như ăn trộm, ăn cắp, phá hoại, hung bạo, cướp của, giết người v.v...

3. Điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện

3.1 Điều trị hội chứng cai

3.1.1. Biểu hiện của hội chứng cai: vã mồ hôi, chảy nước mắt, nước mũi, đi lỏng, nôn, buồn nôn, chuột rút, đau khớp, dị cảm (dòi bò trong xương), lo âu, mất ngủ, mạch nhanh trên 100CK/1', huyết áp tăng, giãn đồng tử, nổi da gà, đau bụng v.v...

3.1.2. Điều trị cắt cơn nghiện CDTP bằng catapressan (clonidine).

Cơ chế:

- Là loại thuốc hạ huyết áp: alpha bloquant có tác dụng ức chế dẫn truyền noradrenaline.

- Heroin → tác dụng vào thụ thể anpha 2 → tăng ức chế → nồng độ noradrenalin giảm xuống.

- Cắt đột ngột heroin → giải tỏa ức chế nhanh → nồng độ noradrenalin tăng cao đột ngột, kích thích mạnh các cơ quan nội tạng gây hội chứng cai.

Liều lượng và cách sử dụng:

- Catapressan 0,15mg × 1/2 viên một lần, cứ 3 giờ một lần (liều hàng ngày từ 2 - 4 viên).

- Khi huyết áp tối đa < 90mmHg hoặc mạch dưới 60 lần/1phút thì lần uống thuốc tiếp theo có thể lùi lại 30 phút.

- Ngừng điều trị bằng cách giảm dần liều kể từ ngày thứ 4.

- Hạ huyết áp, yên dịu và đau đầu là những tác dụng không mong muốn thường gặp của catapressan. Có thể khắc phục bằng cách giảm liều.

3.2. Điều trị chống tái nghiện bằng naltrexon hydrochlorid (depade)

- Naltrexon là một chất đối kháng CDTP mạnh, có ái lực cao với các điểm tiếp nhận CDTP qua cơ chế cạnh tranh, do đó phong tỏa hiệu quả của CDTP ở thụ thể mui ở não.

- Giúp bệnh nhân sau cai nghiện CDTP duy trì chống tái nghiện.

- Hiệu quả đạt được cao ở những người có động cơ điều trị cao, kết hợp uống thuốc với liệu pháp tâm lý gia đình và nhận thức - ứng xử.

- Phương thức sử dụng thuốc depade:

+ Sau khi hoàn thành cai nghiện CDTP từ 7-10 ngày(không sử dụng CDTP trong thời gian cai nghiện), xét nghiệm chức năng gan bình thường.

+ Cho uống thuốc depade viên 50mg vào các ngày thứ 3 uống 2 viên, thứ 5 uống 2 viên, thứ 7 uống 3 viên.

+ Thời gian điều trị nên duy trì tối thiểu 12 tháng để cắt hoàn toàn phần xạ thêm nhớ heroin

Lưu ý: tuyệt đối không sử dụng các CDTP trong quá trình điều trị thuốc depade vì có thể gây tử vong do quá liều CDTP.

3.3. Điều trị thay thế bằng methadon

Liệu pháp methadon là một trong những liệu pháp điều trị thay thế lâu dài, trước mắt là giảm hại (đối tượng không thêm CDTP, không tìm kiếm CDTP bằng mọi giá nữa), sau đó dần dần bằng các liệu pháp tâm lý, tư vấn, hỗ trợ việc làm, giúp người bệnh sửa chữa những nhận thức sai lệch của bản thân, tin tưởng vào gia đình, cộng đồng và thầy thuốc, quyết tâm sửa chữa tập tính sử dụng CDTP và tiến tới từ bỏ hẳn CDTP. Đó là một quá trình phấn đấu nhiều năm chứ không phải nhiều ngày hay nhiều tháng.

Do đặc tính dược lý của methadon tương tự như các CDTP nên nó được sử dụng để điều trị thay thế nghiện các CDTP. Tuy nhiên việc sử dụng methadon có nhiều ưu điểm hơn các CDTP bất hợp pháp ở chỗ: hấp thu nhanh và hoàn toàn qua đường uống (không phải tiêm chích), hiệu quả của thuốc kéo dài (trung bình 24 giờ) nên chỉ cần uống một lần trong ngày là đủ, liều lượng tùy theo mức độ nghiện của từng người bệnh, không phải tăng liều sau nhiều năm điều trị, cũng như ít gây khoái cảm hơn các CDTP khác nên người bệnh sau khi uống thuốc xong vẫn đi làm việc bình thường. Do vậy việc điều trị thay thế bằng methadon giúp người bệnh tái phục hồi chức năng tâm lý-xã hội, chủ động được việc tái hoà nhập gia đình, xã hội và việc làm.

Điều trị thay thế bằng methadon (theo phác đồ của Bộ Y Tế) được đặt dưới sự quản lý chặt chẽ của cơ quan y tế và chịu sự kiểm soát nghiêm ngặt của các cơ quan chức năng nên sẽ tránh được việc lạm dụng thuốc methadon, một vấn đề mọi người hết sức quan tâm.

NGHIỆN AMPHETAMIN VÀ ECSTASY

1. Nghiện amphetamin và các chế phẩm (ATS)

– Amphetamin là sản phẩm tổng hợp, được tìm ra năm 1927 để chữa một số bệnh tâm thần. Được đóng viên hoặc bột trắng dễ hòa tan trong nước, nên dễ bị lạm dụng tiêm chích.

– Gây dùng nạp, phụ thuộc tâm thần, nhiễm độc hệ thần kinh trung ương mạnh. Không gây phụ thuộc cơ thể, nên không có hội chứng cai.



1.1. Tác động của amphetamin

- Tăng sức chịu đựng, chống đói, chống mệt, chống buồn ngủ. Thường bị lạm dụng bởi các vận động viên, những người phải làm việc đêm, việc nặng (lái xe tải hạng nặng, đường dài), sinh viên tới kỳ thi...
- Tăng sự chú ý, tăng tự tin, cảm giác khoái cảm.
- Tăng tập trung nhưng năng lực phê phán giảm, nói nhiều, cử chỉ nhanh hơn.

1.2. Tác hại của amphetamine

- Về cơ thể: tăng huyết áp, tăng nhịp tim, vã mồ hôi, mất khẩu vị, vất vả dự trữ của cơ thể dẫn đến gây mòn, suy kiệt.
- Về tâm thần: trở nên cáu gắt, dễ bị kích thích, hung hăng, thậm chí gây gổ.
- Phải tăng liều để đạt được hiệu lực như trước.
- Mất khả năng lao động do suy kiệt.

1.3. Biểu hiện hội chứng cai: về mặt tâm thần.

Những ngày đầu luôn căng thẳng rồi sau đó chuyển sang ngủ gà, tâm thần không ổn định, dễ cáu gắt, sau vài tuần thấy trầm cảm, đau xương.

Điều trị: Sử dụng các thuốc chống trầm cảm thế hệ mới, ức chế thu hồi serotonin chọn lọc (SSRIs) như: paroxetin (Roxetine, Deroxat), Citalopram (Citopam)...theo liều lượng thông thường.

1.4. Điều trị chống tái nghiện

- Điều trị thay thế bằng dexamphetamin.
- Liệu pháp tâm lý: liệu pháp gia đình, nhận thức- ứng xử, tư vấn.

2. Nghiện ecstasy (thuốc lắc)

ECSTASY (MDMA): 3-4-methylenedioxy methamphetamine.

Ecstasy hay thuốc "Lắc" là một loại thuốc kích thần gây ảo giác vì vậy nó vừa có tác dụng kích thích giống amphetamin vừa có tác dụng giống như thuốc gây ảo giác.

MDMA được tổng hợp lần đầu ở Đức năm 1912, được cấp bằng sáng chế 1914 và được sử dụng thử nghiệm chữa chứng ăn nhiều.

Nó có nhiều tên gọi Ecstasy, XTC, E, Adam và Eve và thuốc "Lắc".

Thuốc thường được dùng dưới dạng uống (viên nén hoặc con nhộng) chứa khoảng 60 – 250mg (trung bình 120mg), dạng bột cũng có thể được hít qua đường mũi hoặc như viên đạn đặt hậu môn hoặc âm đạo (gây tác dụng chậm và kéo dài) hoặc tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm dưới da.

Khi dùng đường uống hiệu quả xuất hiện sau vài phút tới nửa giờ, mãnh liệt trong khoảng 5 giờ và hiệu quả tồn dư có thể còn kéo dài vài ngày. Đặc biệt người sử dụng bị hưng phấn mạnh khi có kích thích mạnh của ánh sáng và âm thanh.

2.1. Tác động của thuốc lắc

- Nhiễm độc thuốc biểu hiện bằng: khoái cảm, cảm giác thân thiện, tăng huyết áp, mạch nhanh, vã mồ hôi, tăng thân nhiệt, giãn đồng tử, run, đỏ mặt.
- Tăng nhận cảm giác quan như : màu sắc trở nên sinh động hơn, các tiếng ồn và mùi vị mạnh hơn, các kích thích của môi trường bên ngoài làm xúc động mạnh hơn, tăng hoạt động tâm thần, tư duy quay về nội tâm, giảm khả năng phân biệt giữa bản thân và môi trường, biến đổi hình ảnh cơ thể, ảo tưởng hay ảo giác.
- Trạng thái cai biểu hiện bằng ngủ lịm, kiệt sức và trầm cảm.

2.2. Tác hại của thuốc lắc

- Biến chứng: gây ra các vấn đề như thuốc gây loạn thần nhưng sự hư hỏng chức năng não nặng hơn và kéo dài hơn (6 tháng hoặc hơn).
- Trạng thái loạn thần: xảy ra sau khi dùng cấp tính và mạn tính (kéo dài ít nhất 48 giờ, có ý tưởng liên hệ, bị hại, ảo giác thính giác và ảo giác thị giác).
- Trạng thái tăng động hay hưng cảm nhẹ thường gặp.
- Lo âu và trầm cảm.
- Có thể có các biến chứng với các cơn co giật.
- Biến chứng cơ thể:
 - + Thiếu máu cục bộ cơ tim cấp, nhồi máu cơ tim do co thắt mạch vành.
 - + Loạn nhịp nhĩ và thất.
 - + Viêm cơ tim.
 - + Võ động mạch chủ.
 - + Nhồi máu ruột.
 - + Chảy máu dưới màng nhện.
 - + Tiêu cơ vân cấp, suy thận.

2.3. Điều trị nghiện thuốc lá

Điều trị các rối loạn tâm thần.

- Nếu có loạn thần, dùng các thuốc chống loạn thần thế hệ mới như olanzapin (Oléanzrapitab, Zyprexa), risperidone (Risپردal, Lesvidon, Sizodon).
- Nếu có trầm cảm, dùng các thuốc chống trầm cảm thế hệ mới, ức chế thu hồi serotonin chọn lọc (SSRIs) như paroxetin (Roxetinez), Citalopram (Citopam)...theo liều lượng thông thường.
- Kết hợp liệu pháp tâm lý: liệu pháp gia đình, nhận thức- ứng xử.v.v.

NGHIỆN CÁC CHẤT KHÁC

1. Nghiện thuốc lá

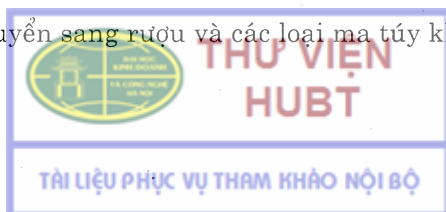
Gây dung nạp và phụ thuộc về cơ thể và tâm thần, thuốc lá là chất gây nghiện nhẹ.

1.1. Tác động của thuốc lá

- Gây phụ thuộc chủ yếu về mặt tâm thần: khi thiếu nó, thần kinh căng thẳng, dễ cáu kỉnh, tìm mọi cách để có thuốc hút.
- Giúp vượt qua những trở ngại về tâm thần như lo âu, bị stress, trầm cảm, tức giận.
- Muốn tăng sự thưởng thức sau một bữa ăn ngon, sau một chiến thắng, một khoái cảm khác.v.v...
- Càng hút càng bị phụ thuộc, khó từ bỏ.

1.2. Tác hại của thuốc lá

- Được thừa nhận là có hại nhưng vẫn còn được dung nạp trong xã hội cũng như rượu. Cần có giải pháp hạn chế, từ bỏ.
- Tùy mức độ sử dụng có thể gây ra: viêm thanh quản, rối loạn tiêu hóa, rối loạn thị giác, rối loạn trí nhớ, viêm phế quản mạn, đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, ung thư lưỡi, họng, phổi.
- Đặc biệt gây ra các tác hại như trên đối với những người không hút thuốc ở xung quanh.
- Từ thuốc lá chuyển sang rượu và các loại ma túy khác.



- Tăng chi phí cho chữa bệnh.

1.3. Điều trị

1.3.1. Biểu hiện hội chứng cai thuốc lá: biểu hiện khi ngừng sử dụng thuốc lá trong vòng 24 giờ bằng một sự thèm muốn mạnh, dễ bị kích thích, cảm giác bị thiếu thốn, cáu giận, bồn chồn, lo âu, loạn khí sắc hoặc trầm cảm, khó tập trung, kích động, nhịp tim chậm, tăng khẩu vị hoặc tăng trọng.

1.3.2. Điều trị hội chứng cai

- Điều trị thay thế bằng Nicotine gum: liều 2mg/lần cho nghiện nhẹ và 4mg/lần cho nghiện nặng. Chỉ nên sử dụng khi thèm muốn mạnh. Người bệnh không nên uống cà phê, nước ép hoa quả hoặc soda khi sử dụng nicotine gum. Liều trình điều trị thay thế trong 8 tuần.

- Điều trị thay thế bằng nicotin patches: do nicotin được hấp thụ qua da. Có 2 loại nicotine patches: loại kéo dài 24 giờ và 16 giờ.

Liều mỗi một cao dán nicotin lúc đầu 21-22mg/24 giờ và 15-16mg/16 giờ. Sau 4-6 tuần liều giảm còn 14mg/24 giờ và 10mg/16 giờ. Sau 2-4 tuần liều giảm còn 7mg/24 giờ và 5mg/16 giờ. Thời gian điều trị kéo dài 6-12 tuần.

2. Nghiện các thuốc giải lo âu và thuốc ngủ

Đó là các thuốc benzodiazepin và barbituric

Gây dung nạp, phụ thuộc cơ thể và tâm thần và nhiễm độc hệ thần kinh trung ương. Thường được dùng liều cao, tiêm tĩnh mạch.

2.1. Tác động của thuốc

- Các thuốc giải lo âu: giảm lo âu, giảm chú ý, giảm phản xạ, giãn cơ.
- Các thuốc ngủ barbituric ức chế nhiều chức năng của não, giảm chú ý và quan sát, liều cao ảnh hưởng tới chức năng sống và ngủ sâu có thể gây hôn mê.

2.2. Tác hại của thuốc

- Với thuốc giải lo âu: dùng lâu gây đau đầu, mất thăng bằng, rối loạn vận động, lo âu, trầm cảm.
- Với barbituric: suy yếu cơ thể và tâm thần, mất động cơ, dễ bị kích thích, nguy cơ phát sinh động kinh.
- Dùng phối hợp với các chất gây nghiện khác (như rượu) thường gây lú lẫn, mê sảng ...

2.3. Biểu hiện hội chứng cai

- Với benzodiazepin: cảm giác bất ổn, mất ngủ, ra mồ hôi, run, co giật.
- Với barbituric: phụ thuộc mạnh hơn benzodiazepin kích động, lo âu, run, huyết áp tăng, ảo giác có thể phát sinh hoang tưởng, co giật.

2.4. Điều trị (cai nghiện)

- Điều trị hội chứng cai benzodiazepin: giảm liều dần: 5-10%/tuần khi có hội chứng cai, rồi 2-3%/tuần khi ở liều thấp. Nếu có triệu chứng loạn thần có thể sử dụng thêm các thuốc chống loạn thần có tác dụng gây yên dịu, giảm lo âu như olanzapin (Oleanz rapitab, Zyprexa), levomepromazin.
- Điều trị hội chứng cai barbituric: điều trị thay thế bằng benzodiazepin giảm liều dần.

3. Nghiện cần sa (cannabis dependece)

- Hoạt tính THC (Tetra hydro cannabinol) của cần sa không gây dung nạp và phụ thuộc cơ thể.
Gây phụ thuộc tâm thần và gây nhiễm độc hệ thần kinh trung ương.
- Cần sa được chia làm ba loại :
 - + Marijuana: lá và hoa khô.
 - + Haschich: chiết xuất từ rễ của cây cái, 10 lần mạnh hơn Marijuana.
 - + Dầu: sền sệt, nhựa đen, độ tập trung THC rất cao.
- Được sử dụng hút như hút thuốc lá hoặc thuốc lào cũng có thể được ăn hoặc uống (trộn lẫn).

3.1. Tác động của cần sa

- 70 lần mạnh hơn nicotin.
- Liều trung bình: cảm thấy khoái cảm, âm thanh biến đổi, âm nhạc nghe khác đi, thời gian biến đổi.
- Liều mạnh: toàn bộ các chức năng tâm thần bị rối loạn, cảm giác thực tại bị sai lệch, những điều cấm kỵ bị coi thường, có cảm giác như đã trải qua quan hệ với người khác, không gian, thời gian bị biến đổi sâu sắc. Ở một số người có thể đồng thời xuất hiện lo âu, sợ hãi buồn ngủ, họ có thể có hành vi phạm pháp không thể kiểm soát được.

3.2. Tác hại của cần sa

- Có thể có các biến chứng tâm thần cần nhập viện như trầm cảm, loạn thần, rối loạn hành vi. Các rối loạn này có thể xuất hiện sau khi sử dụng hoặc

sau khi đã ngừng sử dụng nhiều tuần. Cần chẩn đoán phân biệt với bệnh tâm thần phân liệt (thường kèm theo rối loạn nhận thức, không có tiền sử sử dụng ma túy)

- Liều cao và dùng nhiều ngày có thể làm mất ý chí, thu mình, mất động cơ.
- Tác hại về cơ thể tương tự như thuốc lá nhưng mạnh hơn.
- Gây tai nạn khi tham gia giao thông.
- Ảnh hưởng đến việc làm: năng suất kém, mất việc

3.3. Điều trị

- Khi có các triệu chứng hoang tưởng ảo giác, rối loạn hành vi, điều trị bằng các thuốc chống loạn thần thế hệ mới như olanzapin (Oleanz rapitab, Zyprexa), risperidol (Risپردal, Lesvidon, Sizodon).

- Khi có các triệu chứng thu mình, mất động cơ: điều trị bằng thuốc solian liều thấp.

- Khi có các triệu chứng trầm cảm: điều trị bằng các thuốc chống trầm cảm thế hệ mới, ức chế thu hồi serotonin chọn lọc (SSRIs) như paroxetin (Roxetinez), mirtazapin (Mirtaz, Remeron)... theo liều lượng thông thường.

Phần

Y HỌC CỔ TRUYỀN

Biên soạn: GS. Hoàng Bảo Châu

CHÂM CỨU HỌC

I. ĐỊNH NGHĨA

Châm cứu là một phương pháp phòng bệnh, chữa bệnh của y học cổ truyền với cơ sở lý luận là học thuyết kinh lạc và vị trí tác động là huyết. Châm là dùng kim châm vào huyết, cứu là dùng sức nóng cứu trên huyết để điều khí và giảm đau. Khí mà hoà thì huyết hoà, huyết mà hoà thì kinh mạch thông, tuần hoàn của huyết khí không bị trở ngại, âm dương được duy trì tốt, gân xương khỏe mạnh, các khớp lanh lợi, qua đó đạt được mục đích phòng bệnh và chữa bệnh. Có thể coi châm cứu là phương pháp lý liệu cổ truyền.

II HỌC THUYẾT KINH LẠC

1. Đại cương

Kinh lạc là đường tuần hoàn khép kín của huyết khí để huyết khí đi duy trì sự sống, nuôi dưỡng phần vật chất, duy trì hoạt động chức năng của cơ thể. Nó gồm có 12 kinh mạch và 15 lạc mạch và 8 mạch khác. Kinh là đường đi dọc sâu ở trong cơ, lạc là mạng lưới phân bố toàn thân, 8 mạch khác không thuộc 12 kinh chính.

2. Cấu tạo của hệ kinh lạc như sau

Kinh lạc	Kinh mạch	12 kinh chính: đi dọc giữa các bắp thịt, khó nhìn thấy (nơi huyết khí tuần hành, nối với tâm phế); 12 kinh nhánh: tách từ các kinh chính ra; 8 mạch không thuộc kinh chính.
	Lạc mạch	15 lạc lớn (nối các kinh với nhau) lạc mạch: tách từ lạc lớn đi ngang, đi nối ở nông (nối lạc với lạc mạch nhỏ); lạc mạch nhỏ: tách từ lạc mạch, phù lạc, huyết lạc trực tiếp liên hệ với các tổ chức.
	8 mạch khác	Nơi dự trữ huyết khí.

Bộ phận được huyết khí nuôi dưỡng bên trong có: tạng phủ (lục phủ ngũ tạng), bên ngoài có: hệ gân cơ (12 kinh cân) và da (12 khu da).

3. Tác dụng của kinh lạc

a. Về sinh lý

- Kinh lạc là đường đi của huyết khí, huyết khí để đi nuôi dưỡng toàn thân.
- Kinh lạc là hệ thống tuần hoàn khép kín nối liền bên trong với bên ngoài cơ thể; con người với tự nhiên làm cho con người thành một thể thống nhất, con người được nuôi dưỡng tốt và thích ứng tốt với thiên nhiên.

b. Về bệnh lý

- Kinh lạc là nơi bệnh tà xâm nhập vào cơ thể và truyền từ ngoài vào trong cơ thể (khi bệnh ngày một nặng) hoặc từ trong ra ngoài cơ thể (khi bệnh nhẹ dần và khỏi).
- Kinh lạc là nơi phản ánh tình trạng bệnh tật của tạng phủ.

c. Về chẩn đoán

- Dựa vào vị trí bệnh để xác định đường kinh, và tạng phủ cơ quan khác bị bệnh (theo sự phân bố của 14 kinh mạch và sự quan hệ của chúng với tạng phủ cơ quan khác).
- Dựa vào thay đổi bệnh lý của đường kinh để xác định bệnh thuộc kinh nào suy ra bệnh ở tạng phủ nào, cơ quan nào (bằng cách ấn vào các huyết tìm điểm ấn đau, đo điện trở da ở huyết, đo mức nhạy cảm với nhiệt của huyết tĩnh, nhìn thay đổi màu sắc của đường kinh...).

d. Về điều trị

- Trong điều trị bằng thuốc, kinh lạc là nơi dẫn thuốc đến vị trí bị bệnh.
- Trong điều trị bằng châm cứu xoa bóp, nếu đạt được kinh lạc thông suốt, thì huyết khí mới có thể đến nơi có bệnh để giúp cơ thể chữa bệnh.

III. HUYỆT

1. Định nghĩa

Huyết là nơi sinh khí ra vào, là một tổ chức riêng không phải là da, gân, xương.

2. Có nhiều loại huyết

a. Huyết của 12 kinh chính và 2 mạch nhâm đốc (gọi chung là kinh huyết) có vị trí nhất định.

b. Huyết ở ngoài đường kinh, không thuộc kinh nào, cũng có vị trí nhất định, có tác dụng tốt đối với một số bệnh chứng nhất định.

c. Huyết a thị, chỗ nào đau, chỗ đó là huyết, vì vậy huyết a thị không có vị trí nhất định, chỉ xuất hiện khi có bệnh và mất đi khi hết bệnh, có tác dụng tốt khi có đau, thường là biểu hiện của căn cơ bị bệnh.



3. Vị trí của huyết

Có thể ở da, ở các khớp (trước và sau khớp, giữa khớp, trên và dưới khớp giữa hai gân, chỗ lõm cạnh một gân, giữa gân và xương, giữa các bắp cơ, chỗ cơ chuyển thành gân, chỗ mạch.

4. Tác dụng của huyết

a. Về sinh lý: là nơi sinh khí ra vào, nơi dừng lại của vệ khí, nơi hội tụ của khí của tạng phủ (ở bụng ngực), nơi toả ra của khí của tạng phủ (ở lưng).

b. Về bệnh lý: là nơi tác động xâm nhập vào cơ thể của tà khí, là nơi phản ánh bệnh tật của tạng phủ và cơ thể.

c. Về chẩn đoán: dựa vào thay đổi bệnh lý ở huyết (ấn đau, điện trở da thấp, độ nhạy cảm với nhiệt độ tăng) để xác định kinh nào hay tạng phủ nào cơ quan nào bị bệnh.

d. Về điều trị: là nơi tác động vào để điều hoà khí (chức năng của cơ thể), làm giảm đau giúp cơ thể tự chiến thắng bệnh tật.

5. Cách lấy huyết

a. Lấy huyết theo cách phân chia vùng của cơ thể.

Ở đầu

- Khoé mắt trong đến khoé mắt ngoài là một tắc dùng để đo chiều ngang đầu.

- Từ điểm giữa hai đầu lông mày (huyết ấn đường) đến dưới gai sau đốt sống cổ 7 (huyết đại chùy) là 18 tắc, dùng để đo chiều dọc đầu.

Ở ngực bụng

- Từ bờ xương ức (huyết thiên đột) đến bờ dưới cung sườn (huyết trung đình) là 9 tắc, dùng để đo dọc ở ngực.

- Từ bờ dưới cung sườn (huyết trung đình) đến rốn (huyết thần khuyết) là 8 tắc, dùng để đo dọc ở bụng trên.

+ Từ rốn (huyết thần Khuyết) đến bờ trên xương mu (huyết khúc cốt), là 5 tắc, dùng để đo dọc ở bụng dưới.

+ Từ đầu vú bên này sang đầu vú bên kia là 8 tắc, dùng để đo ngang ở bụng, ngực, lưng.

Ở lưng

- Lấy đốt sống lưng làm mốc để đo dọc lưng.

Ở chi trên

- Từ đầu nếp nách đến giữa khuỷu tay là 9 tắc.

- Từ giữa khuỷu tay đến giữa nếp gấp cổ tay là 12,5 tắc.



Ở chi dưới

– Phía trong: từ bờ trên xương mu (huyệt khúc cốt) đến bờ trên lồi củ xương đùi là 18 tắc, từ bờ dưới lồi củ trong xương chày (huyệt âm lăng tuyền) đến điểm cao nhất mắt cá trong (ngang huyệt thái khê) là 13 tắc.

– Phía ngoài: từ bờ trên mấu chuyển lớn đến khe khớp gối (huyệt túc dương quan) là 19 tắc, từ đây đến điểm cao nhất mắt cá ngoài (ngang huyệt côn lôn) là 16 tắc.

b. Lấy huyệt theo tắc tay

– Ngón tay giữa và ngón tay cái để đối nhau, đoạn nối đầu hai nếp gấp đốt ngón giữa là một tắc.

– Bốn ngón tay 2,3,4,5 kẹp sát nhau, chiều ngang của 4 ngón tay này ở vị trí ngang khớp đốt 1,2 của ngón tay trỏ (ngón 2) là 3 tắc.

c. Lấy huyệt theo mốc giải phẫu

Ví dụ: đầu lông mày là huyệt toàn trúc, rốn là huyệt thần khuyết, dưới gai sau đốt sống cổ 7 là huyệt đại chùy...

Chú ý: tắc (thốn) là đơn vị đo ở từng cá thể, cho nên còn gọi là đồng thân thốn. Mỗi đồng thân thốn bằng 1/75 chiều cao cơ thể.

KỸ THUẬT THỰC HÀNH CHÂM CỨU

Châm là dùng kim châm vào huyệt, cứu là dùng sức nóng làm nóng huyệt (thường dùng mỗi ngải, điều ngải để cứu) để kích thích sự phản ứng của nơi bị bệnh nói riêng, của cơ thể nói chung nhằm mục đích phòng bệnh và chữa bệnh.

Muốn đạt kết quả tốt, cần nắm vững và làm thành thạo kỹ thuật châm cứu.

KỸ THUẬT CHÂM

Có nhiều loại kim châm, tài liệu này chỉ nói kỹ thuật châm kim nhỏ là loại kim hiện nay dùng nhiều nhất.

I. DỤNG CỤ

1. Kim nhỏ (hào châm)

Cần có đủ loại kim dài, ngắn, mỗi bệnh nhân nên có một bộ kim riêng, đã tiệt trùng bằng cách đun sôi và để sôi 15 phút. Trước đây, mỗi kim sau khi

châm phải để riêng sau đó dùng bông lau sạch, rửa những kim bị cong hay bị quần mũi và tiệt trùng như trên (luộc kim và để sôi 15 phút là một yêu cầu bắt buộc). Nếu có nổi hấp xách tay thì hấp 120°C-150°C trong 120 phút (cách tiệt trùng tốt nhất). Ngày nay để phòng lây nhiễm (nhất là HIV) hiện chỉ dùng kim châm 1 lần sau đó huỷ kim.

2. Bông vô trùng

Cắt thành miếng đủ để tắm cồn lau sạch da chỗ châm hoặc để cầm máu sau khi châm.

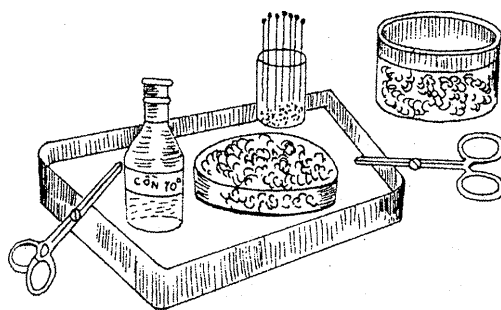
3. Cồn sát trùng 70°

4. Hai hộp đựng kim

Một hộp đựng kim đã sát trùng đường kính từ 30 đến 100cm, một hộp đựng kim bẩn (kim đã châm rồi) để hoặc tiệt trùng lại hoặc là để huỷ kim đi.

5. Hai panh

Một cái để gắp kim vô trùng, một cái để kẹp miếng bông sát trùng.



Hình 1. Dụng cụ châm cứu

6. Hai cốc thuỷ tinh

Một đựng bông sạch, một đựng bông bẩn (bông đã dùng rồi).

7. Một khay men

Vừa đủ diện tích để các thứ trên.

II. TƯ THẾ NGƯỜI BỆNH

1. Nằm

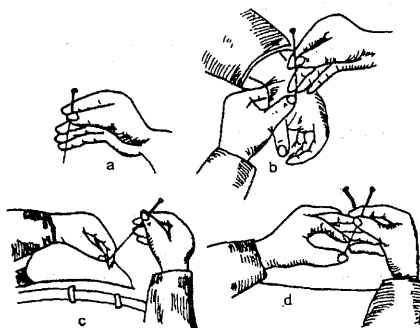
Tư thế nằm thường dùng khi châm cứu ở đầu, mặt, ngực, lưng, bụng, chân tay. Ở tư thế nằm người bệnh ít bị say kim và thoải mái hơn trong khi châm. Có các tư thế nằm như sau:

- a. *Nằm giữa*: để châm ở các vùng đầu, mắt, chân tay phía trước, bụng ngực.
- b. *Nằm nghiêng*: để châm ở các vùng đầu; gáy; lưng; mặt ngoài, mặt trước và mặt sau của tay chân.
- c. *Nằm sấp*: để châm ở các vùng: đầu, cổ, gáy, lưng, mông, một bên ngực, mặt sau, mặt ngoài và mặt trong của chân tay.

2. Ngồi

Tư thế ngồi thường dùng khi châm ở đầu, cổ, gáy, vai, cánh tay, lưng, ngực (tuỳ theo các huyệt cần châm mà chọn). Có các tư thế ngồi như sau:

- a. *Ngồi tựa lưng, giữa đầu.*
- b. *Ngồi chống cằm.*
- c. *Ngồi cúi nghiêng đầu.*
- d. *Ngồi co khuỷu tay*



Hình 2. Kỹ thuật tay dùng kim châm

II. CÁCH CHÂM KIM

1. Luyện tập châm kim

Cần luyện tập sức của các ngón tay và cách châm cho thành thạo. Để tránh đau cho người bệnh và đảm bảo kết quả chữa bệnh, phải tập châm nhiều lần cho tới khi thành thạo. Có thể tập châm trên:

- Một miếng xà phòng.
- Một túi vải có nhét chặt vải hay bông.
- Một cục tẩy chì.

2. Cách cầm kim và làm căng da để châm

a. *Tay phải cầm kim*: ngón cái và ngón trỏ giữ đốc kim, ngón giữa đỡ thân kim, cầm kim phải chắc và thuận tiện, thì châm kim qua da mới dễ, đỡ gây đau và đỡ cong kim. Nếu châm bằng kim dài, có thể cầm ngay ở chỗ trên mũi kim 0,5 cm có lót bông vô trùng.

b. *Tay trái làm căng da*: da càng được làm căng (bằng cách ấn xuống, kéo căng hoặc véo da lên) thì kim càng dễ qua da, người bệnh càng đỡ đau.

3. Góc châm

a. *Châm ngang*: kim châm và mặt da tạo nên góc 15° - 20° , thường châm các huyệt mà dưới da là xương như ở đầu, mặt hoặc khi muốn luồn kim dưới da một đoạn dài.

b. *Châm xiên*: kim châm và mặt da tạo nên góc 45° . Thường châm ở các vùng có nhiều cơ.

c. *Châm thẳng*: kim châm và mặt da tạo nên góc 90° , thường châm ở các vùng có nhiều cơ.

4. Các giai đoạn của châm kim

a. *Tìm huyết*: dùng ngón trỏ hay ngón cái tay trái ấn vào vùng huyết đã định, tìm cho đúng vị trí huyết đúng theo các mạch của giải phẫu, hoặc theo cảm giác dưới ngón tay (khi tạng phủ có bệnh ở những huyết tương ứng thường có một số trở cơ co cứng lại) cảm giác của người bệnh (nhiều huyết khi ấn đúng, người bệnh có cảm giác tê tức, hoặc nếu đang đau thì dễ chịu), đánh dấu rồi:

b. *Sát trùng vùng da định châm*: như sát trùng khi tiêm thuốc.

c. *Làm căng da để châm*:

d. *Châm qua da*: dùng sức ngón cái và ngón trỏ, ấn nhanh mũi kim qua da, lực ấn phải vừa đủ và phải đứng phương của kim để sức mạnh tập trung ở đầu mũi kim, kim qua da mới dễ, không bị cong và người bệnh đau ít. Đây là một động tác khó phải tập nhiều.

đ. *Châm vào tổ chức dưới da và cơ*: ngón cái và ngón trỏ vừa vê kim vừa ấn kim xuống nhẹ nhàng; hoặc chỉ đẩy kim dần xuống mà không vê.

Châm kim sâu hay nông trước hết tùy thuộc vào vị trí bệnh nếu bệnh ở nông thì châm nông, nếu bệnh ở sâu ở lý thì châm sâu.

Châm kim vào sâu nhiều hay ít còn tùy vùng. Nơi nhiều cơ châm thẳng và sâu, nơi ít cơ châm nông, hoặc muốn đưa kim vào trong các tổ chức một đoạn dài hơn thì châm xiên hay châm ngang. Châm kim sâu hay nông cũng tùy theo người béo, người gầy, trẻ em hay người lớn. Đối với trẻ em và người gầy vùng có tạng đặc không được châm sâu và không được kích thích mạnh và lưu kim để tránh những tai biến.

Khi đạt độ sâu cần thiết, (mũi kim đến đúng nơi có bệnh) nếu chưa có "đắc khí" phải dùng các phương pháp kích thích để có đắc khí (tức là phản ứng của bệnh nhân khi lượng kích thích của châm kim lên tới ngưỡng kích thích).

5. Độ sâu của kim theo vùng và vị trí bệnh nông - sâu

Vùng	Độ sâu (từ... đến) của mũi kim
Đầu	5mm - 1cm
Mặt	6mm - 1.2cm
Cổ	4mm-8mm
Gáy	4mm-1cm

Tai	2mm
Ngực - bụng	5mm-1cm
Lưng	1cm-2cm
Cánh tay	1cm - 1.5cm
Cẳng tay	3mm - 1.5cm
Ngón tay	2mm-4mm
Bàn tay	3mm-6mm
Mông	1cm-5cm
Đùi	1cm-3cm
Cẳng chân	5mm-2cm
Bàn chân	3mm-6mm
Ngón chân	2mm-4mm

Bảng trên đây quy định phạm vi độ nông sâu của kim châm ở một số vùng, của người lớn không béo, không gây có bệnh ở nông và ở sâu. Ví dụ: bệnh ở đầu, vị trí bệnh ở nông châm vào 5mm là đến chỗ bệnh, vị trí bệnh ở sâu cần châm vào 1cm mới đến chỗ bệnh.

6. Cách làm cho "Đắc khí"

Đắc khí là sự đáp ứng của cơ thể đối với mũi kim tức là phản ứng của nơi châm đối với kích thích của kim.

"Đắc khí" là vấn đề quan trọng nhất của châm. Châm có đắc khí thì kết quả mới tốt. Đắc khí được xác định bằng:

a. Cảm giác ở tay thấy thuốc: thấy như da thịt giữ chặt lấy kim, khi vê hoặc tiến lùi kim đều thấy có sức cản (phản ứng của thần kinh vận động làm cơ co lại).

b. Cảm giác của bệnh nhân: thấy tức, căng, nặng, tê mõi, ê tại chỗ châm hoặc lan rộng ra xung quanh nhiều hay ít. (phản ứng của thần kinh cảm giác làm cho có cảm giác ở nơi châm).

Nếu châm đủ độ sâu mà chưa có cảm giác căng tức nặng thì kích thích thêm cho đạt tới mức đắc khí bằng các cách sau:

- Vuốt kim: dùng đầu ngón tay vuốt dọc cán kim.
- Búng kim: dùng ngón tay giữa hay ngón trỏ búng vào cán kim.
- Vê kim: dùng ngón tay cái và ngón tay trỏ cầm cán kim vê đi vê lại nhiều lần.
- Tiến, lùi kim: đẩy kim sâu xuống rồi lại kéo lùi lên liên tục như giã gạo.
- Nếu chưa kết quả cần xem lại châm đã đúng huyết chưa. Nếu chệch huyết ít, kéo lùi mũi kim đến dưới da, châm kim hướng về phía huyết rồi kích thích lại, nếu chệch huyết nhiều, thì rút hẳn kim và châm lại.

Có trường hợp người bệnh do cơ thể quá yếu chưa có "đắc khí" ngay được. Phải chờ lưu kim một lát rồi kích thích lại mới có "đắc khí" gọi là "đợi khí" hoặc phải sang các lần châm sau mới có "đắc khí".

IV. CÁCH BỔ TẢ

Sau khi châm đã "đắc khí" thì tùy theo bệnh thuộc hư hay thực tiến hành thủ thuật bổ hay tả.

1. Chẩn đoán hư thực

a. *Bệnh thuộc hư*: phần nhiều cơ thể suy nhược, bệnh lâu ngày, người gầy yếu, da lạnh, mệt mỏi, thở yếu, tay chân lạnh, ăn kém, ỉa lỏng, đại dễ, mạch hư yếu.

b. *Bệnh thuộc thực*: phần nhiều là bệnh mới mắc, cơ thể còn khỏe, người khó chịu bứt rứt, bụng đầy trướng, ỉa đại khó, da nóng, mạch thực. Có khi có chỗ bị sưng, nóng, đỏ đau.

Ngoài ra bệnh có lúc không biểu hiện rõ là hư hay thực thường là bệnh của bản thân đường kinh.

2. Chỉ định bổ tả

Bệnh thuộc hư dùng thủ thuật bổ để nâng cao chính khí. Bệnh thuộc thực dùng thủ thuật tả để đưa tà khí ra ngoài. Bệnh không hư không thực dùng thủ thuật bình bổ bình tả.

3. Cách tiến hành bổ tả

Cần thực hiện theo 5 yêu cầu sau:

Hiện nay hay dùng nhất cách bổ tả gồm cường độ kích thích và thời gian lưu kim.

Yêu cầu	Bổ	Tả
Theo hơi thở	Thở ra châm kim vào	Hít vào châm kim vào
	Hít vào rút kim ra	Thở ra rút kim ra
Cường độ	Châm "đắc khí" để nguyên không vê kim	Châm "đắc khí" vê kim nhiều lần
Thời gian	Lưu kim ngắn	Lưu kim dài
Tiến nhập	Châm từ từ, rút kim nhanh	Châm vào nhanh, rút kim từ từ
Đóng mở	Rút kim bịt lỗ châm	Rút kim không bịt lỗ châm

Thủ thuật bình bổ bình tả: sau khi châm "đắc khí" rồi, cường độ thời gian kích thích ở giữa bổ và tả.



V. TAI BIẾN DO CHÂM VÀ CÁCH GIẢI QUYẾT

1. Say kim (Vỡng châm)

a. *Nguyên nhân*: người bệnh sợ châm, cơ thể yếu mà kích thích quá mạnh, châm những huyết cảm giác mạnh ở tư thế ngồi, trạng thái cơ thể không bình thường (đói quá, no quá, đang mệt mỏi, đang say rượu, đang tức giận hay lo buồn v.v...).

b. *Triệu chứng*: người bệnh chóng mặt, buồn nôn, mặt tái toát mồ hôi, chân tay lạnh, mạch nhanh, nặng hơn thì tinh thần lơ mơ rồi ngất đi.

c. *Giải quyết*: nếu chưa ngất, rút hết kim châm bảo người bệnh nhắm mắt, đặt người bệnh nằm xuống, không gối đầu, cởi rộng quần áo, đắp ấm, tránh chỗ gió lùa, cho uống nước đường nóng hay nước nóng. Giải thích cho bệnh nhân yên tâm.

Nếu ngất, châm ngay nhân trung và ấn mạnh và lần lượt châm các huyết: thập tuyên, vé thật mạnh, thấy bệnh nhân ú ớ kêu đau (đã tỉnh lại) thì thôi châm. Để cho bệnh nhân nằm yên cho uống nước đường nóng, giải thích cho bệnh nhân yên tâm.

d. *Đề phòng*: không châm cho những trường hợp không có chỉ định châm.

Châm lần đầu phải động viên người bệnh, châm ít huyết.

Châm nhẹ nhàng và nên châm ở tư thế nằm.

2. Châm vào các tạng đặc quan trọng

Thường do châm sâu kích thích mạnh, lưu kim lâu. Mỗi tạng bị tổn thương có những triệu chứng riêng và thường không xảy ra ngay trong lúc châm, mà xảy ra sau khi châm một lúc (trừ châm vào hành tủy và đỉnh phổi). Phải cẩn thận không được châm sâu ở nơi có tạng quan trọng (tim, phổi, gan, lách, thận, tủy).

Ví dụ: châm huyết phế du để chữa hen cho bệnh nhân.

Châm kim rồi lưu kim và lấy ga che lưng. Châm xong, bệnh nhân có khó thở. Cần phải xác định ngay khó thở khi hít vào hay khó thở khi thở ra. Nếu là khó thở khi thở ra, thì đó là biểu hiện của hen. Nếu là khó thở khi hít vào thì phải nghĩ ngay đến kim đã vào đến phổi, và đã gây tràn khí phế mạc.

Gặp trường hợp này phải tích cực cấp cứu bằng những phương tiện sẵn có, đồng thời tìm cách gửi gấp người bệnh đến chuyên khoa để cấp cứu tích cực hơn.

3. Chảy máu

Do kim châm vào mạch máu, khi rút kim ra gây chảy máu, máu có thể chảy ra ngoài, hoặc tụ dưới da phồng to lên. Lấy ngay miếng bông hấp khô ấn

chặt nơi chảy máu cho đến khi cầm được máu. Nếu máu tụ dưới da, dùng ngón tay day nhẹ trên miếng bông một lúc cho máu tan.

4. Gãy kim

Do kim cong gấp, gỉ. Khi kim châm vào quá mạnh và không chính xác làm kim cong gấp lại và gãy ở sát cán kim.

Xử trí: Phải bình tĩnh giữ nguyên tư thế của người bệnh lúc châm. Nếu đầu gãy ló ra ngoài da dài, dùng tay rút ra.

Nếu chỗ gãy chỉ ló ra ngoài 1-2mm không được dùng tay, phải dùng panh không có máu và khéo léo ép da xuống cho đầu kim lòi ra nhiều hơn và kẹp chặt chỗ kim còn lại nhẹ nhàng lấy ra.

Nếu kim đã lẩn vào trong da, dù còn sờ thấy cũng không được rạch da để tìm cách lấy kim (vì thường vô ích và càng làm kim lẩn sâu thêm), phải gửi đi ngoại khoa để chuyên khoa xử trí.

Muốn tránh gãy kim: phải loại bỏ những kim gỉ, kim có nếp gấp và kim cong.

5. Nhiễm trùng

Do không thực hiện tốt sát trùng khi châm. Cần thực hiện đúng quy định vô trùng.

VI. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Tất cả những bệnh theo kinh nghiệm châm cứu có thể điều trị được.

2. Chống chỉ định

- Không châm cho những cơn đau bụng còn nghi ngờ là cấp cứu ngoại khoa.
- Không châm cho người quá yếu, thiếu máu nhiều, trạng thái tâm thần không ổn định.
- Không châm khi trạng thái sinh lý không bình thường như đói, no, say rượu, tức giận, lo buồn, mệt nhọc, vừa lao động xong.

KỸ THUẬT CỨU

Kỹ thuật cứu thông dụng là dùng lá ngải khô chế thành ngải nhung, rồi làm mỗi ngải hay điều ngải để dùng.

I. CÁCH LÀM NGẢI NHUNG

Cây ngải cứu sau khi thu hái phơi trong bóng râm ở nơi thoáng gió tới khô. Bó thành bó nhỏ, treo ở đầu nhà, chỗ không có nắng nhiều, khi lá ngải đã khô chỉ lấy lá rồi giã nát hay vò nát (vò tốt nhất) để loại bỏ cuống và gân lá. Phần sử dụng là những bông nhỏ có màu vàng đẹp, sờ mịn như nhung.

Ngải nhung cháy rất tốt, không bị rơi tàn, nên tránh được bỏng khi cứu.

Mỗi ngải, cứu xong phải dập tắt đi. Điều ngải còn lại sau khi cứu phải dập tắt bằng cách để vào một lọ penicilin. Không được vút mỗi ngải còn cháy vào sọt rác vì rất dễ gây hoả hoạn.

II. DỤNG CỤ

- Một hộp đựng ngải nhung để làm mỗi ngải
- Một số điều ngải cứu.
- Một hộp đựng tàn ngải cứu hoặc lọ penicilin để dập tắt điều ngải.
- Một bao diêm.
- Một số nén hương.
- Một dao mỏng sắc để thái gừng, tỏi.
- Một củ tỏi to.
- Một củ gừng to.
- Một kim khâu len để khâu gừng, tỏi.
- Một khay men để đựng các thức trên.

1. Cách làm mỗi ngải

Dùng 3 ngón tay nhúm một tý ngải nhung đặt lên nắp hộp ép thành hình chóp nón to bằng hạt đỗ đến to hơn hạt ngô, tùy theo cần sức nóng nhiều hay ít.

2. Cách làm điều ngải

Dùng giấy bản cắt thành miếng dài 20cm, rộng 4cm, rải ngải nhung lên, quấn thành điều tròn như điều thuốc lá (cuốn như cách cuốn thuốc lá).

3. Cách làm lát gừng, lát tỏi

Dùng kim khâu len châm nhiều mũi dọc củ gừng, củ tỏi rồi thái ngang thành từng lát dày 2-3mm, thái tỏi muốn giữ nguyên lát, phải giữ nguyên vỏ bọc ngoài toàn củ tỏi và phải dùng dao mỏng lưỡi thật sắc mới thái được nguyên lát.

III. TƯ THẾ NGƯỜI BỆNH

Khi cứu huyết nào, huyết đó phải được đặt ở tư thế mặt da ngay ngắn và hướng lên trên, để khỏi làm đổ mỗi ngải, làm rơi lát gừng, tỏi trong khi cứu.

IV. CÁCH CỨU

1. Cứu bằng mỗi ngải

a. *Cứu cách gừng*: đặt lát gừng lên huyết, đặt mỗi ngải lên lát gừng, châm hương cháy, đặt đầu nén hương lên đỉnh mỗi ngải cho bắt lửa. Nếu bệnh nhân thấy nóng nhiều thì nhấc lát gừng lên, lót xuống dưới một lát gừng nữa. Dặn người bệnh thấy nóng nhiều báo ngay để lót thêm gừng, tránh để người bệnh cố gắng chịu đựng, như thế sẽ gây bỏng. Khi mỗi ngải cháy hết, đặt mỗi ngải khác lên, cứu tiếp đến khi da hồng lên là được. Thường cứu từ 3-5 mỗi là đủ.

Cách cứu này dùng cho mọi loại bệnh có chỉ định cứu.

b. *Cứu cách tỏi*: cũng làm như cách cứu gừng, cứu cách tỏi thường dùng chữa những mụn nhọt không có ngòi (âm thư) hoặc viêm và lao phổi thời kỳ đầu.

c. *Cứu cách muối*: chỉ cứu ở lỗ rốn, dùng muối ăn lấp cao hơn lỗ rốn 1-2mm, đặt mỗi ngải to lên trên muối để cứu.

Cách cứu này dùng để điều trị các chứng chân tay quyết lạnh, ỉa chảy không cầm được, huyết áp tụt, phải cứu cho tới khi nào chân tay ấm lại mới thôi, không kể bao nhiêu mỗi. Nên ứng dụng kết hợp với cấp cứu y học hiện đại trong các chứng lý trực trùng và ỉa chảy nhiễm độc.

Hiện nay ít dùng cứu cách gừng, cứu cách tỏi vì dễ gây bỏng (Sau khi cứu xong, bệnh nhân chỉ thấy đỡ thôi. Về nhà rồi mới dần dần nổi nốt phỏng).

2. Cứu bằng điều ngải

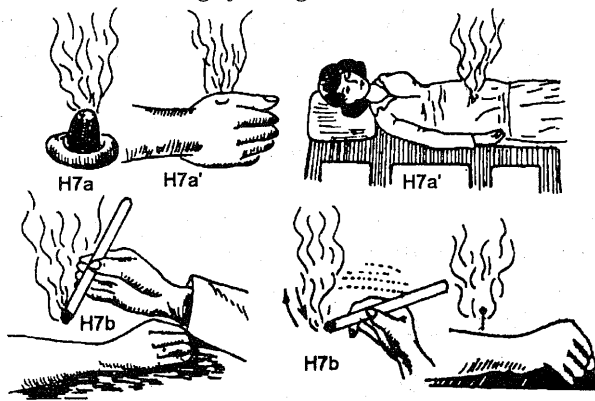
– Đốt một đầu điều ngải, hơ trên huyết cách mặt da 2cm, khi người bệnh thấy nóng thì để cách xa dần ra đến khi thấy ấm, nếu chưa thấy ấm thì để gần hơn đến khi thấy ấm thì dừng. Nếu người bệnh thấy ấm, thoải mái thì giữ nguyên khoảng cách để cho đến khi da hồng lên là được.

– Khi cứu phải dùng ngón tay út đặt lên da làm điểm tựa để cố định khoảng cách đầu điều ngải với da, để phòng khi sơ ý tay tự động hạ thấp khoảng cách, làm đầu điều ngải châm vào da gây bỏng.

a. *Cứu ôn hoà*: điều ngải để nguyên một chỗ, giữ nguyên một chỗ, giữ nguyên khoảng cách với huyết làm người bệnh có cảm giác ấm dễ chịu, cho đến khi da vùng huyết hồng lên.

Cách này dùng cho chứng hư.

b. *Cứu mỗ cò*: đưa điều ngải vào gần da rồi lại kéo ra xa như chim sẻ mổ thóc. Khi kim sát da bệnh nhân có cảm giác rát, ra xa thì hết.



Hình 3. Các cách cứu

Cách này thường dùng cho chứng thực.

Riêng ở bệnh ngoài da, ngoài hai cách trên, có thể dùng cách đưa điều ngải đi khắp vùng tổn thương để làm vùng da đó đỏ lên.

V. TAI BIẾN DO CỨU, CÁCH GIẢI QUYẾT

Bỏng: khi cứu cho người phù và người liệt, bệnh nhân thường bị mất hay kém cảm giác, không báo cho thấy thuốc biết chính xác cảm giác của mình nên dễ bị bỏng, vì thế khi cứu cho những người bệnh này, thầy thuốc phải luôn dùng tay sờ vào huyết xem mức độ nóng của da để điều chỉnh lại khoảng cách.

Bỏng còn do cứu cách gừng, cách tỏi gây nên, trong trường hợp mỗi ngải cháy nhanh làm nhiệt độ nước ở trong gừng tỏi tăng quá cao gây nên. Biểu hiện sau khi cứu, chỗ đã đặt gừng, tỏi thường đỏ hơn, về nhà mới bị mọng nước (bỏng độ 1).

VI. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH CỦA CỨU

- Nên dùng cứu cho những người bệnh có triệu chứng thể trạng suy nhược yếu mệt, sợ lạnh, chân tay lạnh.
- Bệnh lâu ngày cứu tốt hơn châm.

- Không cứu cho người bệnh sốt cao, mạch nhanh.
- Không nên cứu bằng mọi ngải cách gừng, cách tỏi ở đầu, mặt, cổ, các khớp vận động. Nếu cần cứu phải hết sức cẩn thận không được gây bỏng, tốt nhất là cứu bằng điều ngải.

VII. PHỐI HỢP CHÂM VÀ CỨU

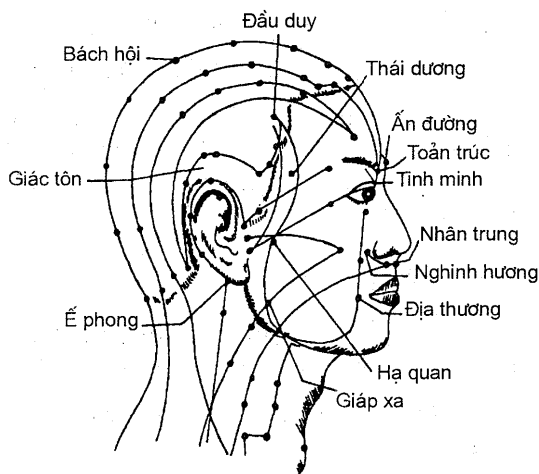
Thông thường trên một người bệnh, hoặc dùng phương pháp châm hoặc dùng phương pháp cứu. Nhưng có khi vừa châm vừa cứu.

1. Có huyết châm, có huyết cứu

- Châm ở đầu chữa đau đầu.
- Cứu ở lưng chữa thiếu máu.

2. Ôn châm

Ôn châm là vừa châm vừa cứu trên cùng một huyết. Sau khi châm lồng một đoạn điều ngải (khoảng 1-2cm) vào đốc kim rồi đốt, hoặc sau khi châm kim dùng điều ngải hơ trên kim và huyết, cho sức nóng truyền vào sâu. Như châm cứu chữa liệt mặt ngoại biên do lạnh, sau khi châm huyết "tinh minh", "giáp xa", "địa thương" bên liệt, đốt điều ngải hơ luôn lên huyết "giáp xa", "địa thương" như thế sẽ làm bệnh khỏi nhanh hơn.



Hình 4. Huyết ở đầu mặt

VỊ TRÍ, TÁC DỤNG CÁC HUYỆT VÀ THỦ THUẬT CHÂM CỨU

"A"

1. A thị

Còn gọi là điểm đau, huyết thiên ứng.

Vị trí: điểm đau ở đầu là huyết ở đáy

Chữa: các chứng đau, bệnh cấp

Thủ thuật: châm nông, sâu, tùy chỗ nhiều hay ít thịt và tổ chức bị bệnh ở nông hay ở sâu, kích thích mạnh, cứu 2-3 mỗi, hơ 5-7 phút.

2. Ấn đường

Vị trí: điểm giữa khoảng cách hai đầu lông mày, thẳng sống mũi lên.

Chữa: đau trước đầu, trẻ con kinh phong.

Thủ thuật: châm chếch sâu 1-2 phân, hơ điều ngải 3-5 phút; nếu đau cấp, châm xong có thể nặn ra một giọt máu.

3. Ấn bạch

Vị trí: mé trong góc móng chân cái, cách góc móng 1 phân (10 phân = 1 tấc)

Chữa: đầy bụng, kinh nguyệt nhiều, băng huyết, rong huyết, kinh phong.

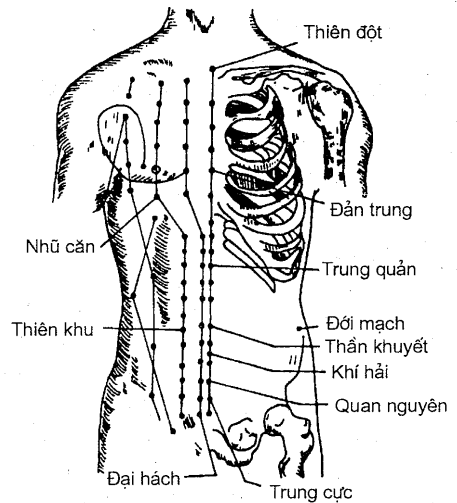
Thủ thuật: châm chếch sâu 1 phân, cứu 3-5 mỗi, hơ 3-5 phút.

4. Âm lăng tuyền

Vị trí: dưới đầu gối, phía trong chỗ tiếp giáp của đường thẳng và đường cong của phía trong đầu xương chày.

Chữa: phù, hoàng đản, tiểu tiện không lợi, ỉa chảy, đau gối.

Thủ thuật: châm thẳng 3-8 phân, cứu 3-5 phút.



Hình 5. Huyết ở bụng ngực

"B"

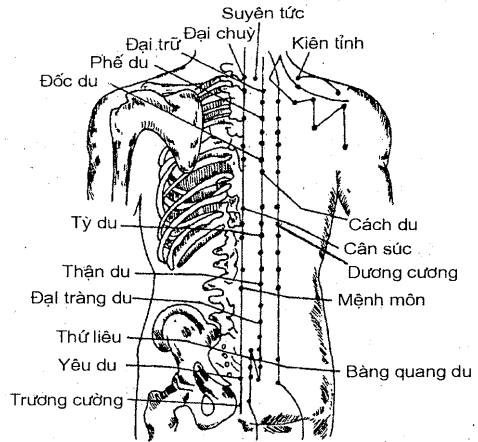
5. Bách hội

Vị trí: ở đỉnh đầu từ ấn đường lên 8 tấc (hoặc chân tóc trán lên 5 tấc., chỗ lõm nơi gặp nhau của đường nối hai mồm tai và đường bờ dọc đầu.

Chữa: đau đầu, lồi dom và các chứng có liên quan với não (suy nhược thần kinh, di chứng não...).

Thủ thuật: châm chéo dưới da, sâu 2-3 phân, cứu 3-5 mỗi từ 3-5 phút.

Chú ý: sau khi rút kim, cần lấy bông sạch khô day chỗ châm cầm máu, tránh việc để chảy máu sau khi rút kim.



Hình 6. Huyệt ở lưng mông

6. Bàng quang du

Vị trí: dưới đốt xương cùng 2 ngang ra mỗi bên 1,5 tấc.

Chữa: tiểu tiện không thông, đái dầm, đau đả m rối thần kinh cùng.

Thủ thuật: châm thẳng 3-8 phân, cứu 3-5 phút.

"C"

7. Can du

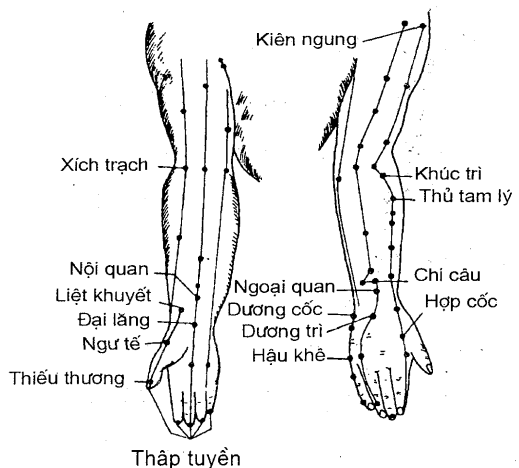
Vị trí: dưới gai sau đốt sống lưng 9 ngang mỗi bên 1,5 tấc.

Chữa: hoàng đản, đau sườn, mắt đỏ, quáng gà, thổ huyết, đau dạ dày, huyết áp cao.

Thủ thuật: châm chéo xuống sâu 5 phân, cứu 3-7 mỗi, từ 5-7 phút, chú ý không châm quá sâu.

8. Cách du

Vị trí: dưới gai sau đốt sống lưng 7 ngang ra mỗi bên 1,5 tấc.



Thập tuyên

Hình 7. Huyệt ở chi trên

Chữa: nôn mửa, nấc, thổ huyết, mồ hôi trộm, thiếu máu, đau sút lưng

Thủ thuật: châm chéo xuống sâu 5 phân, cứu 3-7 mỗi, từ 3-7 phút.

9. Chương môn

Vị trí: đầu chót xương sườn thứ 11.

Chữa: ỉa chảy, ăn không tiêu, đau dạ dày, nấc, đau cạnh sườn.

Thủ thuật: châm thẳng 3-5 phân, cứu 5-7 phút.

(Chú ý: ở bệnh nhân có gan lách to, không được châm thẳng quá sâu).

10. Côn lân

Vị trí: điểm giữa đoạn nối bờ sau gân gót và điểm cao nhất của mắt cá ngoài, mé trên xương gót chân.

Chữa: đau đầu, cứng gáy, đau sút lưng, đau khớp mắt cá, dễ khó.

Thủ thuật: châm thẳng 5 phân, cứu 3-5 phút (chú ý không dùng huyết này đối với phụ nữ có thai).

11. Công tôn

Vị trí: chỗ nối của thân và đầu sau xương bàn chân thứ nhất, trên đường tiếp giáp da gan chân - mu chân.

Chữa: phù, đau dạ dày, nôn, mửa, đau bụng, mất ngủ, đau bàn chân.

Thủ thuật: châm 3-8 phân, đi sát dưới xương bàn chân, cứu 3-5 phút.

"D"

12. Dương lăng tuyền

Vị trí: chỗ lõm, phía trước, ngang bờ dưới đầu mỏ xương mác.

Chữa: liệt nửa người, gối sưng, sườn đau, miệng đắng, đau túi mật

Thủ thuật: châm thẳng 8-10 phân, cứu 5-7 phút.

13. Dưỡng lão

Vị trí: phía sau mu bàn tay, từ lần cổ tay lên một tấc chỗ lõm sát trên đầu xương trụ phía xương quay.

Chữa: mắt trông không rõ, cánh tay đau mỏi.

Thủ thuật: châm thẳng 2 phân, cứu 5-7 phút.

14. Dương cương

Vị trí: gai sau đốt sống lưng 10, ngang ra mỗi bên 3 tấc.

Chữa: hoàng đản, đau bụng, sôi bụng, ỉa chảy.

Thủ thuật: châm chéo mũi kim xuống, sâu 5 phân, cứu 3-7 phút.

"Đ"

15. Đại chùy

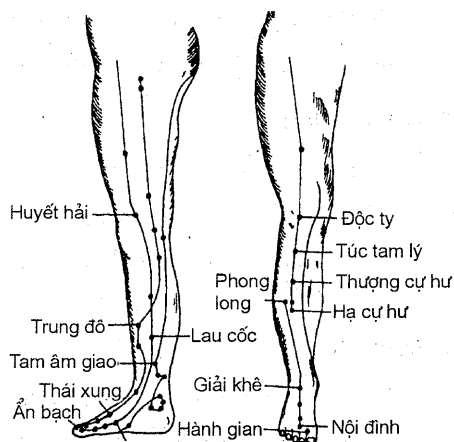
Vị trí: chỗ lõm dưới gai sau đốt sống cổ 7.

Chữa: sốt, sốt rét, cảm mạo, ho, cứng gáy, động kinh, nâng cao sức chống đỡ (vệ khí).

Thủ thuật: châm thẳng từ 3-5 phân, cứu 3-5 mỗi, hoặc 5-15 phút (chú ý bệnh nhân có cảm giác chạy dọc trong cột sống là tốt, lúc này mũi kim vào gần màng cứng).

16. Đại đôn

Vị trí: phía sau gốc móng ngón chân cái, chỗ ba chùm lông cách sau móng 1 phân.



Hình 8. Huyệt ở chi dưới (a)

Chữa: đau thoát vị, đau bìu dái, băng huyết, rong huyết, són đái, bí đại tiện.

Thủ thuật: châm chéo 1-2 phân, cứu 3-5 phút.

17. Đại lăng

Vị trí: giữa lằn cổ tay phía gan tay, giữa 2 cơ gan tay lớn và bé.

Chữa: đau tim, hồi hộp, đau dạ dày, nôn mửa, mất ngủ.

Thủ thuật: châm thẳng 3-5 phân, cứu 3-5 phút.

18. Đại trử

Vị trí: dưới gai sau đốt sống lưng 1, ngang ra mỗi bên 1,5 tấc.

Chữa: sốt, ho hen, đau đầu, đau bả vai, cứng cổ, nhức xương,

Thủ thuật: châm chéo xuống sâu 5 phân, cứu 5-10 phút.

19. Đái mạch

Vị trí: đầu chót xương sườn thứ 11 xuống 1,8 tấc (trên đường từ rốn ngang ra).

Chữa: kinh nguyệt không đều, khí hư, đau lưng.

Thủ thuật: châm thẳng 5-8 phân, cứu 3-7 phút.

20. Đại trường du

Vị trí: dưới gai sau đốt sống thắt lưng 4 ngang ra mỗi bên 1,5 tấc.

Chữa đau lưng, ỉa chảy, táo bón, đau dây thần kinh hông.

Thủ thuật: châm thẳng 5-10 phân, cứu 5-10 mỗi hoặc 5-7 phút.

21. Đản trung (chiên trung)

Vị trí: điểm gặp nhau của đường dọc giữa xương ức, và đường nối liền 2 núm vú.

Chữa: tức ngực, ho hen, đoản hơi, thiếu sữa, viêm tuyến vú, viêm họng.

Thủ thuật: châm luân dưới da 2-3 phân, cứu 3-7 phút.

22. Địa thương

Vị trí: ở cách mép 4 phân

Chữa: liệt mặt, chốc mép, chảy dãi.

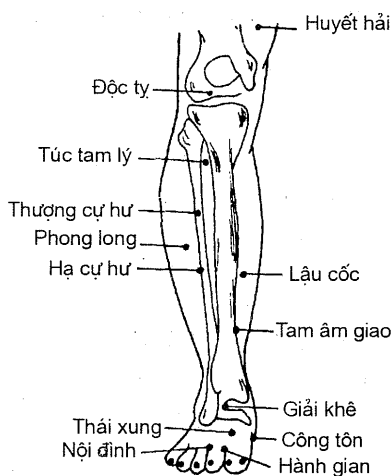
Thủ thuật: châm chếch về phía mép sâu 3-4 phân (nếu là liệt mặt có thể châm luân dưới da theo hướng huyết giáp xa, cứu 3-5 phút).

23. Đởm du

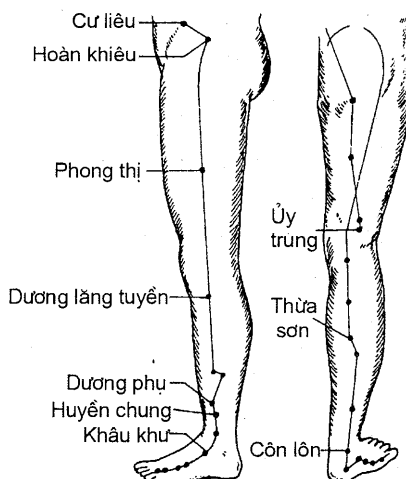
Vị trí: dưới gai sau đốt sống lưng 10 ngang ra mỗi bên 1,5 tấc.

Chữa: hoàng đản, đặng miệng, ngực sườn đau, đau dạ dày.

Thủ thuật: châm chếch mũi kim xuống, sâu 5 phân, cứu 3-5 mỗi.



Hình 9: Huyệt ở chi dưới (b)



Hình 10: Huyệt ở chi dưới (c)

"E"

24. Ế phong

Vị trí: chỗ lõm giữa xương chũm và ngành lên xương hàm dưới, sát bờ dưới dải tai, ấn tay vào có cảm giác tức.

Chữa: tai ù, tai điếc, liệt mặt, tràng nhạc, hội chứng tiền đình, quai bị.

Thủ thuật: châm thẳng 5-10 phân, cứu 3-5 phút (chú ý: khi chữa bệnh ở tai, châm sâu bệnh nhân có cảm giác chạy vào trong hai tai là tốt).

"G"

25. Giải khê

Vị trí: giữa lằn ngang cổ chân, chỗ lõm giữa 2 gân của cơ duỗi các ngón chân và cơ duỗi ngón cái.

Chữa: đau trước đầu, đau họng, viêm amidan, đau dạ dày, đầy bụng, đại tiện bí, đau cổ chân.

Thủ thuật: châm kim hướng về gót chân, sâu 5-7 phân, cứu 3-7 phút.

26. Giản sử

Vị trí: chính giữa lằn chỉ cổ tay phía gan tay lên 3 tấc giữa hai gân gan tay lớn và bé.

Chữa: tim đập hồi hộp, sốt rét, thao cuồng, đau dạ dày, đau cẳng tay.

Thủ thuật: châm thẳng 2-7 phân, cứu 3-5 phút.

27. Giáp xa

Vị trí: trước góc xương hàm dưới và trên bờ xương hàm dưới 1 khoát ngón tay, cắn răng lại cơ cắn co lại, vùng huyết nổi lên, nhả ra thì lõm xuống.

Chữa: liệt mặt, hàm răng nghiêng chặt, đau răng, quai bị.

Thủ thuật: châm chéch mũi kim về phía miệng nếu là liệt mặt, châm thẳng nếu là hàm răng nghiêng chặt và quai bị, châm chéch về chỗ đau là chữa đau răng, cứu 7 mỗi.

"H"

28. Hạ quan

Vị trí: chỗ lõm dưới vành cung xương gò má, trước lồi cầu xương hàm dưới.

Chữa: liệt mặt, răng cắn chặt, đau khớp, tai ù.

Thủ thuật: châm thẳng 3-5 phân, cứu 3-5 phút.

29. Hành gian

Vị trí: chỗ lõm ở đầu khe giữa ngón chân cái và ngón chân thứ 2 khi ép 2 ngón chân này lại với nhau.

Chữa: kinh nguyệt không đều, tiểu tiện không thông, mắt đỏ, đau cạnh sườn, đau đầu hoa mắt, chóng mặt, mất ngủ (can hoá).

Thủ thuật: châm chéo sâu 5 phân, cứu 3-5 phút.

30. Hậu Khê

Vị trí: sát đầu trước xương bàn tay thứ 5, trên đường tiếp giáp da gan tay, mu tay. Tay nắm lại, da nổi thành một lồi nhọn, huyết ở đầu nếp lồi đó.

Chữa: đau gáy, chảy máu cam, sốt rét, hoàng đản, đau bàn tay.

Thủ thuật: châm thẳng 5-7 phân, cứu 5-7 phút.

31. Hoàn khiêu

Vị trí: nằm nghiêng hơi co chân lại, huyết ở chỗ lõm, sau mấu chuyển lớn, nếu nổi mấu chuyển lớn với mỏm gai đốt sống cùng 4 thì huyết ở chỗ nổi 1/3 trong của đường này.

Chữa: đau dây thần kinh hông, bại liệt, chân không co duỗi được, đau khớp háng.

Thủ thuật: châm thẳng 20-50 phân, cứu 10-20 mỗi, (chú ý bệnh nhân có cảm giác chạy dọc sau đùi xuống khoeo là tốt).

32. Hợp cốt

Vị trí: ở chỗ lõm giữa 2 xương bàn tay 1 và 2, ấn vào thấy ê ẩm.

Chữa: cảm sốt đau đầu, đau răng, chảy máu cam, đau họng, viêm amidan, đau mắt đỏ.

Thủ thuật: châm thẳng 5-7 phân, cứu 5-7 phút.

33. Huyệt hải

Vị trí: góc trong xương bánh chè lên 2 tấc, vào một tấc.

Chữa: kinh nguyệt không đều, hành kinh đau bụng, nổi mề đay, đau mé trong đùi.

Thủ thuật: châm thẳng 5-10 phân, cứu 3-5 mỗi.

34. Huyền chung (Tuyệt cốt)

Vị trí: mắt cá ngoài lên 3 tấc, mặt bờ trước xương mác.

Chữa: nhức xương, đau khớp mình, vẹo cổ.

Thủ thuật: châm thẳng 3-5 phân, cứu 3-5 mỗi.

35. Kiên tĩnh

Vị trí: ở điểm giữa của đường thẳng nối huyết đại chuý với mỗm cao nhất của khớp cùng vai đòn.

Chữa: đau bả vai, vẹo cổ, viêm tuyến vú, liệt 1/2 người, tràng nhạc, rong huyết cơ năng.

Thủ thuật: châm thẳng 3-5 phân, cứu 3-7 phút.

Chú ý: nếu châm thẳng sâu có thể vào đỉnh phổi, nên châm hơi chềch về phía sau, vào trong cơ thang.

36. Kiên ngưng

Vị trí: chỗ lõm (giữa 1/3 trước, 1/3 giữa của cơ đen ta) dưới bờ trước mỗm cùng vai.

Chữa: vai và cánh tay đau, liệt nửa người.

Thủ thuật: châm sâu 5-12 phân dọc theo xương cánh tay, cứu 5-10 phút.

37. Kiến lý

Vị trí: ở đường nối rốn với mũi xương ức và trên rốn 3 tấc.

Chữa: đau dạ dày, nôn mửa, bụng trướng, ăn kém, phù.

Thủ thuật: châm thẳng 8-10 phân, cứu 5-10 phút.

38. Khí hải

Vị trí: ở dưới rốn 1,5 tấc.

Chữa: suy nhược, đau bụng, đầy bụng, ỉa chảy, di tinh, liệt dương, đái dầm, đái dắt, bí đái, kinh nguyệt không đều, hành kinh đau bụng.

Thủ thuật: châm thẳng 5-10 phân, cứu 5-10 mỗi.

39. Khí xung

Vị trí: chính giữa bờ trên xương mu ngang ra mỗi bên 2 tấc, trên ống bẹn, bên trong động mạch.

Chữa: sưng tinh hoàn, đau dương vật, kinh nguyệt không đều, thoát vị.

Thủ thuật: châm thẳng 3-5 phân, cứu 3-7 phút.

40. Khúc trì

Vị trí: gấp hẳn tay lại, chỗ lõm đầu lằn khuỷu tay là huyết.

Chữa: cánh tay đau, chi trên liệt, mày đay, dị ứng, sốt cao, đau mắt đỏ.

Thủ thuật: châm thẳng 8-15 phân, cứu 3-7 phút.



41. Khúc tuyến

Vị trí: ở phía trong khớp gối, chỗ lõm đầu nếp gấp khoeo chân, giữa 2 gân.

Chữa: đau bụng dưới, sa dạ con, viêm ngứa âm hộ, di tinh, liệt dương, viêm tuyến tiền liệt.

Thủ thuật: châm sâu 5-8 phân, cứu 3-7 phút.

"L"

42. Liệt khuyết

Vị trí: từ lằn chỉ cổ tay lên 1,5 tấc, bờ trên móm trâm xương quay.

Chữa: đau đầu, ho hen, đau họng, đau răng, bệnh ở cổ gáy.

Thủ thuật: châm chéo ngang hướng về khuỷu tay sâu 2-8 phân, cứu 3-7 phút.

"M"

43. Mệnh môn

Vị trí: dưới móm gai sau đốt sống thất lưng 2

Chữa: đau thất lưng, sút lưng, cứng xương sống, di tinh liệt dương, khí hư, đái dầm.

Thủ thuật: châm thẳng 5-8 phân, cứu 1-15 mỗi, trong 5-15 phút.

"N"

44. Nhân trung

Vị trí: ở điểm nối giữa 1/3 trên và 2/3 dưới của rãnh mũi môi (rãnh nhân trung).

Chữa: kinh phong, hôn mê, ngất, choáng, điên cuồng, liệt mặt.

Thủ thuật: châm chéo lên sâu 2-3 phân. Nếu mất tri giác, châm vé thật mạnh làm cho người bệnh có cảm giác đau.

45. Nhị gian

Vị trí: chỗ lõm phía trước đầu sau đốt 1 ngón trở nơi tiếp giáp giữa gan tay, mu tay phía ngón cái.

Chữa: chảy máu cam, đau răng, đau cổ họng, sốt cao.

Thủ thuật: châm chéo 2-3 phân, cứu 3-5 phút.



46. Nhiên cốt

Vị trí: chỗ lõm phía dưới lồi cao của xương chêm.

Chữa: kinh nguyệt không đều, di tinh, ho ra máu, bồn chồn trong ngực.

Thủ thuật: châm 3-5 phân, cứu 3-7 phút.

47. Nhũ căn

Vị trí: núm vú thẳng xuống 1,6 tấc, khe liên sườn thứ 5-6.

Chữa: ít sữa, viêm tuyến vú.

Thủ thuật: châm chéo lên trên 3 phân, cứu 5-10 phút.

48. Nghinh hương

Vị trí: mép cánh mũi ngang ra 5 phân, trên rãnh mũi mép.

Chữa: chảy máu cam, ngạt mũi, chảy nước mũi.

Thủ thuật: châm chéo vào phía mũi 3 phân.

49. Ngoại quan

Vị trí: chính giữa lằn cổ tay phía mu tay thẳng lên 2 tấc, giữa xương trụ và xương quay.

Chữa: cảm sốt, nhức đầu, đau sườn, ù tai, đau cánh tay

Thủ thuật: châm thẳng 5-8 phân, cứu 3-7 phút.

50. Ngự tế

Vị trí: ngang giữa xương bàn tay 1, trên đường tiếp giáp giữa da gan tay, mu tay.

Chữa: ho hen, ho ra máu, đau họng, mất tiếng, sốt.

Thủ thuật: châm thẳng 3-7 phân, cứu 3-5 phút.

51. Nhĩ môn

Vị trí: phía trước rãnh trên bình tai, ở chỗ lõm khi há miệng.

Chữa: tai ù, tai điếc, tai chảy nước, đau răng, viêm khớp hàm.

Thủ thuật: bệnh nhân hơi há miệng, châm thẳng 3-5 phân, lách vào khe khớp, cứu 3-5 phút.

52. Nội đình

Vị trí: chỗ lõm ở đầu khe giữa hai ngón chân thứ 2 và thứ 3.



Chữa: đau răng, chảy máu cam, viêm amidan, sưng bàn chân, viêm dạ dày.

Thủ thuật: châm sâu 3-5 phân, cứu 3-5 phút.

53. Nội quan

Vị trí: chính giữa lần chỉ cổ tay phía gan tay lên 2 tắc giữa 2 gân gan tay lớn và bé.

Chữa: tim hồi hộp, loạn nhịp tim, đau nhói vùng tim, hạ huyết áp, nấc, đau dạ dày, nôn mửa, điên cuồng, mất ngủ.

Thủ thuật: châm thẳng 5-7 phân, cứu 3-7 phút.

"P"

54. Phế đù

Vị trí: dưới gai sau đốt sống lưng 3 ngang ra mỗi bên 1,5 tắc.

Chữa: ho hen, thổ huyết, mô hôi trộm, viêm phế quản, chấp lẹo.

Thủ thuật: châm chệch kim xuống sâu 5 phân, cứu 3-7 mỗi, hoặc 5-15 phút.

55. Phong tri

Vị trí: từ giữa chân tóc gáy lên 1 tắc, rồi ngang ra mỗi bên hai tắc, chỗ lõm dưới xương chẩm, ấn tay vào có cảm giác tức là huyết.

Chữa: cảm, sốt, đau đầu, cứng gáy, chóng mặt, sốt không có mồ hôi, bệnh ở mắt, ù tai, điếc tai, huyết áp cao, ho ra máu.

Thủ thuật: châm 5-8 phân, châm huyết bên trái hướng mũi kim về mắt bên phải và trái lại. Cứu 3-7 mỗi.

56. Phong môn

Vị trí: dưới gai sau đốt sống lưng 2 ngang ra mỗi bên 1,5 tắc.

Chữa: cảm sốt, nhức đầu, ngạt mũi, viêm phế quản, đau vai.

Thủ thuật: châm chệch mũi kim xuống sâu 5 phân, cứu 3-5 phút.

57. Phong long

Vị trí: ở điểm giữa đường nối huyết độc ty với điểm lồi cao nhất của mắt cá ngoài.

Chữa: ngực đau, ho có nhiều đờm, đau đầu, chóng mặt.

Thủ thuật: châm thẳng 5-10 phân, cứu 5-10 phút.

"Q"

58. Quan nguyên

Vị trí: từ rốn thẳng xuống 3 tấc.

Chữa: liệt dương, di tinh, đái dầm, kinh nguyệt không đều, khí hư, ỉa chảy.

Thủ thuật: châm thẳng sâu 8-12 phân, cứu 5-15 phút.

59. Quang minh

Vị trí: chính giữa mắt cá ngoài thẳng lên 5 tấc.

Chữa: chi dưới tê đau, đau mắt, quáng gà.

Thủ thuật: châm thẳng 5-9 phân, cứu 3-5 phút.

60. Quy lai

Vị trí: chính giữa bờ trên xương mu thẳng lên 1 tấc, rồi ngang ra 2 tấc.

Chữa: kinh không đều, viêm phần phụ, khí hư, đau âm hộ.

Thủ thuật: châm thẳng 5-9 phân, cứu 5-10 phút.

"S"

61. Suyễn tức

Vị trí: dưới gai sau đốt sống cổ 7 ngang ra mỗi bên 1 tấc.

Chữa: hen suyễn.

Thủ thuật: châm 5-7 phân, cứu 3-5 mỗi.

"T"

62. Tam âm giao

Vị trí: chính giữa mắt cá trong lên 3 tấc, sau bờ xương chày 2 phân.

Chữa: bệnh đường sinh dục và tiết niệu, suy nhược thần kinh, đau bụng, ỉa chảy, chàm.

Thủ thuật: châm thẳng 3-5 phân, cứu 5-10 phút.

63. Tâm du

Vị trí: dưới gai sau đốt sống lưng 5 ngang ra mỗi bên 1,5 tấc.

Chữa: tim hồi hộp, hay quên, mất ngủ, thổ huyết, mộng tinh, động kinh.

Thủ thuật: châm chếch xuống sâu 3 phân, cứu 5-10 phút.



64. Thái dương

Vị trí: chỗ lõm ở chỗ giữa đuôi lông mày và đuôi mắt lùi ra sau 1 tấc.

Chữa: đau đầu, đau mắt đỏ, liệt mặt không nhắm mắt được.

Thủ thuật: châm chéo 2-3 phân, hoặc châm nặn máu.

65. Thái khô

Vị trí: điểm giữa đoạn nối bờ sau gân gót và chỗ lồi cao của mắt cá trong.

Chữa: đau lưng, đau răng, kinh nguyệt không đều, suy nhược thần kinh, di tinh, đau gan bàn chân.

Thủ thuật: châm thẳng 3 phân, cứu 3-7 phút.

66. Thái xung

Vị trí: từ huyệt hành gian lên 1,5 tấc ở chỗ lõm giữa 2 xương bàn chân 1 và 2.

Chữa: băng huyết, rong huyết, tiểu tiện không thông, mắt đỏ, không ngủ, kinh phong, đau đầu, choáng váng, huyết áp cao, đau vùng gan, đau gan bàn chân.

Thủ thuật: châm thẳng 5 phân, cứu 3-5 phút.

67. Thái uyên

Vị trí: đầu nếp gấp cổ tay phía gan tay chỗ có động mạch quay đập.

Chữa: ho, hen suyễn, ho ra máu, đau ngực, đau khớp cổ tay.

Thủ thuật: châm 2 phân, tránh động mạch

68. Thận du

Vị trí: dưới gai sau đốt sống thất lưng 2, ngang ra mỗi bên 1,5 tấc.

Chữa: đau lưng, di tinh, liệt dương, đái dầm, kinh nguyệt không đều, khí hư, còn đau thận, hen, suy nhược thần kinh.

Thủ thuật: châm thẳng 5-10 phân, cứu 5-15 mỗi, từ 5-15 phút.

69. Thần môn

Vị trí: chỗ lõm sát xương đậu trên nếp gấp cổ tay phía gan tay gần động mạch trụ.

Chữa: mất ngủ, hay quên, hoảng sợ, suy nhược thần kinh, đau nhói vùng tim.

Thủ thuật châm: châm thẳng 3-4 phân, cứu 3-4 phút.

70. Thần khuyết

Vị trí: chính giữa rốn.

Chữa: thoát dương, huyết áp tụt, ỉa chảy không cầm được, chân tay lạnh toát.

Thủ thuật: không được châm, chỉ cứu cách muối 5-15 mỗi, từ 5-15 phút hoặc cứu đến khi chân tay ấm lại.

71. Thập tuyến

Vị trí: chính giữa đầu chót 10 ngón tay.

Chữa: sốt cao, sốt cao co giật, hôn mê.

Thủ thuật: châm vê mạnh rút kim ngay, nặn ra một giọt máu.

72. Thiên khu

Vị trí: chính giữa rốn, ngang ra mỗi bên 2 tắc.

Chữa: đau bụng, ỉa chảy, đau quanh rốn, táo bón.

Thủ thuật: châm thẳng 5-10 phân, cứu 5-15 mỗi, từ 5-15 phút.

73. Thiên đột

Vị trí: ở chỗ lõm sát bờ trên xương ức.

Chữa: ho hen, viêm họng, viêm thanh quản.

Thủ thuật: châm chéo kim xuống 3-5 phân, đi sát mặt sau xương ức, cứu 3-7 phút.

74. Thiên trụ

Vị trí: chính giữa chân tóc gáy lên 0,5 tắc, ngang ra mỗi bên 1,3 tắc nơi chân tóc.

Chữa: đau đầu, cứng gáy, tắc mũi, lưng và vai đau, hay quên.

Thủ thuật: châm thẳng 5 phân.

75. Thiếu thương

Vị trí: ngang góc trong móng ngón tay cái, cách móng chừng 2 phân.

Chữa: ho hen, đau họng, chảy máu cam, hôn mê, điên cuồng, sốt cao co giật, sốt cao về đêm.

Thủ thuật: châm chéo sâu 1 phân, và nặn ra một giọt máu.



76. Thiếu trạch

Vị trí: ngang góc ngoài móng tay út, cách móng chừng 2 phân.

Chữa: sốt, trúng phong, hôn mê, thiếu sữa.

Thủ thuật: châm chéo 1 phân, cứu 10-15 phút.

77. Thượng tinh

Vị trí: từ sống mũi thẳng lên ở trên chân tóc 1 tấc.

Chữa: đau đầu, đau mắt, mũi chảy nước, chảy máu cam.

Thủ thuật: châm lún dưới da 3-4 phân, cứu 3-5 phút.

78. Thừa tương

Vị trí: ở giữa chỗ lõm dưới môi dưới.

Chữa: liệt mặt, đau răng, chảy nước dãi, điên cuồng.

Thủ thuật: châm chéo mũi kim lên 2-3 phân, cứu 3-5 mỗi, từ 5-15 phút.

79. Thủy phân

Vị trí: từ rốn thẳng lên 1 tấc.

Chữa: ỉa chảy, đau bụng, đái khó.

Thủ thuật: châm thẳng 5-10 phân, cứu 5-15 phút.

80. Tinh minh

Vị trí: chỗ lõm phía trên khoé mắt trong.

Chữa: đau đầu, đau mắt, toét mắt, quáng gà, chảy nước mắt, teo dây thần kinh thị.

Thủ thuật:

a. Châm dựa theo xương hố mắt sâu 3-4 phân, khi tiến kim và rút kim không vê kim. Rút kim xong, dùng bông hấp khô ấn vào huyết để cầm máu ngay (dùng chữa teo thần kinh thị, thị lực giảm).

b. Châm qua da (dùng chữa bệnh ở giác, kết mạc)

81. Trung quán

Vị trí: từ rốn thẳng lên 4 tấc.

Chữa: đau dạ dày, nôn mửa, ỉa chảy, kiết lỵ, hoàng đản, kém ăn.

Thủ thuật: châm thẳng 5-10 phân, cứu 10-15 phút.

82. Thừa phù

Vị trí: chính giữa nếp mông

Chữa: bệnh trĩ, đau lưng, đau đùi, đau dây thần kinh hông.

Thủ thuật: châm thẳng 5-15 phân, cứu 5-15 phút.

83. Trung cực

Vị trí: chính giữa bờ trên xương mu lên 1 tấc.

Chữa: di tinh, đái dầm, kinh nguyệt không đều, băng huyết, rong huyết, khí hư, sa dạ con, ngứa âm hộ.

Thủ thuật: châm thẳng 8 phân, cứu 3-7 mỗi.

84. Trung đình

Vị trí: dưới huyết dẫn trung 1,6 tấc đúng bờ cung sườn.

Chữa: sườn ngực đau, trẻ trở sữa.

Thủ thuật: châm chếch xuống, luồn dưới da 3-4 phân, cứu 3-5 phút.

85. Tinh cung (chí thất)

Vị trí: dưới gai sau đốt sống thất lưng 2 ngang ra mỗi bên 3 tấc.

Chữa: dị mộng tinh, liệt dương, đau lưng.

Thủ thuật: châm thẳng 5-10 phân, cứu 7-21 mỗi.

86. Túc tam lý

Vị trí: từ chỗ lõm ngang bờ dưới xương bánh chè xuống 3 tấc, cách bờ trước xương chày 1 khoát ngón tay.

Chữa: đau dạ dày, ăn không tiêu, ỉa chảy, táo bón, đau gối, suy nhược cơ thể, bại liệt 1/2 người, tăng chính khí.

Thủ thuật: châm thẳng 5-10 phân, cứu 5-15 mỗi, từ 5-15 phút.

87. Túc lâm khấp

Vị trí: ở khe xương bàn chân thứ 4 và 5, từ kẽ ngón chân lên 1,5 tấc, trên gân duỗi ngón út.

Chữa: đau bàn chân, đau vú, đau sườn, chóng mặt, hoa mắt, đau 1/2 đầu, sốt rét.



88. Ty trúc không

Vị trí: chỗ lõm ở đuôi lông mày

Chữa: đau đầu, chóng mặt, đau mắt đỏ.

Thủ thuật: châm luôn dưới da 3 phân.

89. Tỳ du

Vị trí: dưới gai sau đốt lưng 11, ngang ra mỗi bên 1,5 tấc.

Chữa: ỉa chảy, hoàng đản, phù thũng, ăn không tiêu, đau lưng.

Thủ thuật: châm thẳng 3-5 phân, cứu 3-7 mỗi.

90. Ủy trung

Vị trí: chính giữa nếp gấp khoeo chân.

Chữa: đau lưng, mỏi gối, liệt nửa người, đau dây thần kinh hông, thổ tả.

Thủ thuật: châm thẳng 5-10 phân, hoặc chính nặn máu (chữa thổ tả)

91. Vị du

Vị trí: dưới gai sau đốt lưng 12, ngang ra mỗi bên 1,5 tấc.

Chữa: đau dạ dày, nôn mửa, đầy bụng, đau lưng.

Thủ thuật: châm chéo mũi kim xuống sâu 5 phân, cứu 5-15 mỗi.

92. Xích trạch

Vị trí: chỗ lõm giữa nếp khuỷu tay, phía ngoài gân cơ 2 đầu tay.

Chữa: ho hen, ho ra máu, lao phổi, đau họng, viêm amidan, đau khuỷu tay.

Thủ thuật: châm thẳng 5-7 phân, cứu 5-7 phút.

THUỐC NAM

I. ĐẠI CƯƠNG VỀ THUỐC NAM

Nước ta có rất nhiều thuốc, ông cha ta đã biết dùng chúng để phòng chữa bệnh, giữ gìn sức khỏe.

Thuốc có nguồn gốc thực vật (rễ, thân, dây, lá, hoa, quả, hạt như kim ngân, hạt mã tiền, vỏ rễ dâu...), có nguồn gốc động vật (rắn, rết, tắc kè, ve sầu...), có nguồn gốc khoáng vật (vôi, phèn...).

1. Tứ tính

Là bốn tính chất của thuốc:

- Lương (mát), hàn (lạnh).
- Ôn (ấm), nhiệt (nóng).

Thuốc "hàn lương" thường gọi là "thuốc mát" dùng để điều trị các chứng "nhiệt". Sài đất, kim ngân, thạch cao là vị thuốc mát. Hàn lương là hai mức độ của thuốc mát, thuộc về âm.

Thuốc "ôn nhiệt" thường gọi là "thuốc nóng" dùng để trợ dương; chữa các chứng "hàn". Nhục quế, đại hồi, gừng... thuộc các vị thuốc nóng. Ôn và nhiệt là hai mức độ của thuốc nóng thuộc về dương.

Ngoài ra còn có tính "bình" không thuộc mát cũng không thuộc nóng, tuy vậy cũng vẫn có thể thiên về hàn hoặc thiên về nhiệt nên vẫn kể có tứ tính.

2. Ngũ vị

Là năm vị cay, ngọt, chua, đắng, mặn. Mỗi vị có tác dụng riêng:

- Vị cay có tác dụng phát tán hành khí (gừng, tía tô...).
- Vị ngọt có tác dụng bổ, hoà hoãn (hoàng kỳ, mạch môn, cam thảo).
- Vị đắng có thể làm khô ráo, tả (hoàng liên, đại hoàng).
- Vị mặn có thể nhuận hạ, làm mềm các khối rắn (mang tiêu).
- Vị chua có tác dụng thu liễm cố sáp (giữ lại) (kim anh tử, ngũ bội tử).

Ngoài ra, còn có vị đậm (nhật) không có vị rõ rệt và có tác dụng lợi tiểu, thăng thấp (trừ thấp), vì không có vị rõ rệt nên vẫn tính là ngũ vị. Ngũ vị có liên quan tới ngũ tạng: "Vị chua vào can, vị đắng vào tâm, vị cay vào phế, vị mặn vào thận, vị ngọt vào tỳ".



3. Quy kinh của các vị thuốc

Nhìn chung, thuốc hàn chữa chứng nhiệt, thuốc nhiệt chữa chứng hàn. Song mỗi vị thuốc có phạm vi thích ứng chủ yếu của nó. Quy kinh tức là xác định vị thuốc khi vào người thì chủ yếu đi vào kinh nào (tạng phủ nào) để phát huy tác dụng chữa bệnh, điều hoà âm dương.

- Thuốc có màu xanh, vị chua, thuộc mộc có liên quan đến kinh quyết âm can và kinh thiếu dương đờm.

- Thuốc có sắc đỏ, vị đắng, thuộc hỏa, có liên quan đến kinh thiếu âm tâm và kinh thái dương tiểu trường.

- Thuốc có màu vàng, vị ngọt, thuộc thổ, có liên quan đến kinh thái âm tỳ và kinh dương minh vị.

- Thuốc có màu đen, vị mặn, thuộc thủy, có liên quan đến kinh thiếu âm thận và kinh thái dương bàng quang.

- Thuốc có màu trắng, vị cay, thuộc kim (kim thạch) có liên quan đến kinh thái âm phế và kinh dương minh đại tràng.

- Tứ tính, ngũ vị, quy kinh là phần cơ bản quy định tính năng tác dụng của thuốc.

4. Sử dụng

Thầy thuốc phải biết mặt các vị thuốc và biết tác dụng của chúng để sắp xếp thành một bài thuốc phòng bệnh, chữa bệnh.

Trong bài thuốc có vị chính, vị phụ phối hợp với nhau mà y học cổ truyền dân tộc gọi là "quân, thần, tá, sứ". "Quân" là thuốc chữa chứng chính. "Thần" là vị thuốc giúp cho hiệu lực vị thuốc chính (quân) tăng thêm. "Tá" là vị thuốc giúp cho vị thuốc chính giải quyết những kiêm chứng hoặc là hạn chế tác dụng phụ của vị thuốc chính. "Sứ" là vị thuốc hỗ trợ cho các vị thuốc hoặc dẫn thuốc vào kinh để có tác dụng chữa bệnh tốt nhất.

Cần phải nắm chắc công dụng, tác dụng phụ, độc tính và chỉ định chống chỉ định của các vị thuốc sử dụng.

II. NHỮNG VỊ THUỐC THƯỜNG DÙNG

A. THUỐC GIẢI CẢM (GIẢI BIỂU)

1. Tía tô

Là toàn cây (phần trên mặt đất, phơi khô của cây tía tô (*Perilla ocymoides* L). Họ hoa môi (*Labiatae*).

- Cây nhỏ, thân vuông, lá mọc đối, có răng cưa, mặt dưới lá màu tím, làm rau ăn sống, mọc ở khắp các địa phương. Hạt (tô tử) chữa ho. Cành tím tô (tô ngành) an thai.

- Vị cay, tính ấm, vào kinh phế vị, có tác dụng tán phong hàn, giải độc.

- Chữa cảm phong hàn, tức ngực, nôn, ngộ độc của cá, dùng 6-12g/ngày dưới dạng sắc (lá tươi 20-30g).

2. Kinh giới

Thân và lá hoa cây phơi khô của cây kinh giới (*Elsholtzia cristata* Willd) họ Hoa môi (Labiatae).

- Cây rau ăn sống, có ở hầu hết các địa phương, cây nhỏ thân vuông, có lông mịn, lá mọc đối, mép có răng cưa.

- Vị cay tính ấm, vào kinh phế vị. Có tác dụng phát tán phong hàn, làm ra mồ hôi.

- Chữa cảm, (đau đầu, sốt, ho, đau họng), lý khí an thai, giải độc của cá, nôn mửa dùng 6-12 g/ngày sắc uống.

3. Lá sả

Lá và bẹ lá (phình ra ở gốc) của cây sả (*Cymbopogon citratus* (D.C) Stapf). Họ lúa (Poaceae).

- Cây thảo sống dai, luôn luôn xanh tốt, có ở khắp các địa phương. Trồng bằng nhánh (dò).

- Vị cay ngọt tính ấm, có mùi thơm, vào kinh phế, tỳ và bàng quang. Có tác dụng khu phong thấp, tán hàn giải biểu tăng cường tiêu hóa (Thân rễ là phần nằm dưới đất có tác dụng kiện tỳ, tăng tiêu hóa).

- Giải cảm phong hàn, chữa trướng bụng, tăng tiêu hóa dùng 8-20g/ngày.

4. Bạc hà

Là thân mang lá lúc sắp ra hoa phơi khô của cây bạc hà (*Mentha arvensis* Linn). Họ hoa môi (Lamiaceae còn gọi là Labiatae).

- Cây cỏ thân mềm, màu xanh hay tím, mọc bò. Lá mọc đối, mép có răng cưa, có nhiều lông.

- Vị cay tính mát thơm, vào kinh can phế. Có tác dụng phát tán phong nhiệt, thấu chẩn sơ can giải uất.

- Chữa ngoại cảm, sốt, họng đau, phát ban, đau đầu hoa mắt, dùng 4-8g/ngày hãm hoặc sắc uống.

5. Cúc hoa

Hoa của cây cúc vàng (Kim cúc: *Chrysanthemum indicum* L) hoặc cây cúc hoa trắng (Bạch cúc: *Chrysanthemum morifolium* Ram) đều thuộc họ cúc (Compositae).

- Cây cỏ sống dai, lá mọc so le có thuỳ sâu. Mùa hoa tháng 10 đến tháng 1 năm sau. Trồng bằng đoạn thân rễ vào mùa xuân. Lúc hoa mới chớm nở, hái rồi, phơi nắng nhẹ hoặc phơi trong râm cho khô để dùng. Muốn để lâu phải xông diêm sinh.

- Vị cay ngọt, hơi đắng tính mát vào kinh phế can. Có tác dụng phát tán phong nhiệt, sáng mắt giải độc, bình can giáng hỏa.

- Chữa chứng phong gây đau đầu, mắt đỏ, nhọt độc dùng 3-12g/ngày (thuốc sắc).

6. Hương nhu

Toàn cây (trừ rễ) của cây hương nhu trắng (*Ocimum gratissimum* L.) hoặc hương nhu tím (*Ocimum sanctum* L.). Họ hoa môi (Lamiaceae).

- Cây cỏ cao từ 80-150cm, lá mọc đối, có răng cưa, 2 mặt có lông, màu tím hay trắng, có mùi thơm dễ chịu được trồng khắp các địa phương.

- Vị cay, tính ấm thơm vào kinh phế vị. Có tác dụng trừ cảm nắng, lợi tiểu, điều hoà tỳ vị.

- Chữa cảm nắng, làm ra mồ hôi, dùng 10g/ngày, sắc uống.

B. THUỐC CHỐNG NÔN

7. Bán hạ

Là thân rễ (củ) của cây bán hạ (*Typhonium trilobatum* Scholt) họ ráy (Araceae).

- Cây cỏ sống hàng năm, thân rễ phình ra thành củ. Cây cao 20-30cm. Lá mọc từ mặt đất, cuống dài 6-20cm, có 3 thuỳ, gân lá hình chân vịt, mọc hoang ở nhiều nơi. Thu hoạch củ vào mùa hạ thu, rửa sạch, ngâm phèn chua, đãi bỏ vỏ, phơi khô, khi dùng phải chế biến.

- Vị cay, tính ấm, ít độc, vào kinh tỳ vị phế. Có tác dụng tảo thấp hóa đờm, giáng nghịch.

- Chống nôn, chữa ho có đờm, đau đầu chóng mặt do đờm. Liều lượng: Bán hạ chế dùng 6-8g/ngày dưới dạng sắc.

8. gừng tươi

Là thân rễ (củ) của cây gừng (*Zingiber Officinale* Rose). Họ gừng (*Zingiberaceae*).

- Cây cỏ sống dai, có ở tất cả các địa phương trong nước ta, dùng làm gia vị.
- Vị cay, tính nóng vào các kinh, phế, tỳ, vị. Có tác dụng tán phong hàn, ôn phế, tiêu đờm, giải độc.

Làm thuốc còn dùng can khương (gừng khô), tiêu khương (gừng khô sao sém vàng, thân khương (gừng khô đốt tồn tính).

- Giải cảm phong hàn, chữa đau bụng do lạnh, khó tiêu, ỉa lỏng, nôn; chữa ho ngứa cổ họng do phong hàn, giải độc của cá, dùng làm thang cho một số thang thuốc, dùng 6-12g/ngày sắc uống.

C. THUỐC HẠ TÁ (nhuận tràng, tẩy)

9. Ba đậu (thuốc độc bằng A)

Là hạt của cây ba đậu (*Croton tiglium* Lin.). Họ thầu dầu (*Euphorbiaceae*).

- Cây nhỏ, cao 5-10 m, cành nhẵn, lá mọc so le, hình trứng, mép có răng cưa. Mọc hoang và được trồng ở vùng đồi núi. Quả bằng đầu ngón tay út, tháng 8-9 quả chín thu hái lấy hạt. Hạt ba đậu (thuốc độc bằng A) đem giã, bọc giấy bản, ép (cho giấy bản hút dầu) rồi sao qua, hơi vàng gọi là ba đậu sương (thuốc độc bằng A).

- Vị cay tính nóng, rất độc, vào kinh vị, đại trường. Có tác dụng trừ hàn tích, phá kết, trừ đờm ảm.

- Chữa chứng hàn tích, táo bón, thủy thũng, khó thở. Ngày dùng 0,05-0,2g ba đậu sương (hạt đã ép hết dầu, 1-2g hắc ba đậu (ba đậu sương sao đen)).

Thuốc có độc, không cần thiết không dùng. Không dùng cho người suy nhược, phụ nữ có thai, táo bón do nhiệt kết. Nếu ngộ độc thuốc này, giải bằng nước đậu xanh.

10. Vỏ đại

Vỏ thân của cây đại (*Plumeria acutifolia* Poir) họ trúc đào (*Apocynaceae*). Loại cây trung bình cao 3-7m, trông bằng cành lâm cảnh ở đình chùa, lá mọc so le, sít nhau ở đầu cành, cành và lá có nhựa trắng. Hoa màu trắng (có khi hơi tía), thơm, phía dưới đáy mặt trông màu vàng. Vỏ thu hoạch tốt nhất vào mùa xuân, bỏ vỏ thô ngoài, thái mỏng, sao thơm.

- Vị đắng, tính mát vào kinh tỳ vị, ít độc. Có tác dụng tiêu thũng, nhuận sở.
- Chữa táo bón, phù thũng: nhuận tràng 4-8g/ngày, tẩy sở 10-12g/ngày.

(Hoa đại chữa ho nhiệt, lương huyết, tiêu đờm 4-12g/ngày).



D. THUỐC LỢI TIỂU TRỰC THUỶ

11. Xa tiền tử (hạt mã đề)

Là hạt cây mã đề (*Plantago major* L). Họ mã đề (*Plantaginaceae*).

– Cây cỏ mọc hoang ở các nơi đất ẩm, có khắp nơi. Lá mọc thành cụm ở gốc, cuống lá dài, phiến lá hình thìa, hoa mọc bông, có cán dài, xuất phát từ kẽ lá. Dùng hạt tác dụng mạnh, cả cây tác dụng yếu (lượng nhiều chất ít). Thu hoạch hạt bằng cách các bông mã đề đã già phơi hay sấy khô, rồi vò sát, sàng sảy.

– Vị ngọt, tính hàn, vào kinh can, thận phế, tiểu trường. Có tác dụng lợi tiểu, thanh can minh mục, thanh phế hóa đờm, cầm ỉa, trừ thấp tý, không độc.

– Chữa phù thũng, đái dầm, đái buốt, ỉa chảy nhiệt, mắt đỏ đau, ho nhiệt. Liều dùng 6-12g/ngày. Toàn cây (Xa tiền thảo) 20-40g/ngày với râu ngô.

12. Ý dĩ (ý dĩ nhân, hạt bo bo)

Là hạt của cây ý dĩ (*Coix lachryma jobi* Lin. Họ lúa (*poaceae*). Cây sống thành bụi cây giống cây ngô, lá hơi giống lá ngô, mọc hoang nơi ẩm ướt ven suối và trồng nhiều ở các địa phương. Hạt khô đem về đập rụng khỏi cây, phơi khô, xay xát lấy nhân.

– Vị ngọt nhạt; tính hơi lạnh, vào kinh tỳ, phế, vị, có tác dụng kiện tỳ, bổ phế, thanh nhiệt trừ thấp, lợi tiểu thẩm thấp.

– Chữa thấp tý, ỉa chảy, phù dinh dưỡng, phế ung, tràng ung, lợi tiểu. Liều dùng 10-30g/ngày.

13. Hạt bìm bìm (Khiên ngư tử)

– Là hạt của cây bìm bìm biếc (*Ipomoea hederacea* Jacq). Họ bìm bìm (*Convolvulaceae*).

Bìm bìm là loại dây leo thân quấn mảnh, có lông, lá hơi giống lá khoai lang. Hoa màu hồng tím hay lam nhạt. Thu hoạch tháng 7 đến tháng 10. Hạt có hạt trắng, hạt đen nên gọi là Bạch sủ, Hắc sủ.

– Vị đắng tính hàn, có độc ít, vào kinh phế, thận, đại trường. Có tác dụng trừ thấp nhiệt, tiêu đờm ẩm, thông đại tiện, lợi tiểu, tiêu phù, trừ giun.

– Chữa phù có bụng nước gây khó thở, trũng tích (ký sinh trùng đường ruột, bế tắc đại tràng). Liều dùng 4-8g/ngày, phụ nữ có thai không nên dùng.

D. THUỐC TRỪ PHONG THẤP

Là các vị thuốc có tác dụng trừ phong hàn thấp tý

14. Lá lốt

Là lá của cây lá lốt (*Piper lolot* Lin). Họ hồ tiêu (*Piperaceae*).

– Cây thảo, sống dai, mọc hoang ở ven suối, chỗ ẩm ướt, góc vườn, có ở tất cả các địa phương, thân bò sát ở đất, lá gần giống lá trầu không. Thường dùng cả cây để làm thuốc.

– Vị cay, tính ấm thơm, vào kinh thận, phế tý. Có tác dụng phát hãn, giải cảm, kiện tỳ, trừ phong hàn thấp.

– Chữa phong thấp, trướng bụng, ỉa chảy, giải cảm phong hàn (có thể nấu canh lá lốt ăn để phòng bệnh). Liều dùng 12g/ngày.

15. Rễ cỏ xước

Là rễ phơi khô của cây cỏ xước (*Achyranthes bidentata* Blume). Họ rau dền (*Amaranthaceae*).

– Cây mọc hoang ở chỗ râm mát: góc vườn, đường đi, dưới bụi tre, cao có khi tới 1m. Lá mọc đối, hoa mọc nhiều thành bông ở ngọn. Hạt rụng mọc cây con. Dùng cả cây làm thuốc để tiết kiệm dược liệu.

– Vị chua đắng, tính bình, vào kinh can thận. Có tác dụng: hành huyết tiêu ú, mạnh gân xương, bổ can thận, trừ thấp.

– Chữa phong thấp, sưng đau khớp, tê mỏi gân xương.

– Liều dùng: (sao vàng hoặc tẩm muối + tẩm rượu sao) 12g/ngày.

16. Hy thiêm

Lấy phần trên mặt đất của cây hy thiêm (*Siegesbeckia Orientalis* L). Họ cúc (*Compositae*).

– Cây cỏ mọc hoang ở vùng đồi núi, đồng bằng, cao 30-60cm. Cành có lông, lá mọc đối, mép có răng cưa. Hoa nhỏ màu vàng. Thu hái trước khi ra hoa, phơi khô hay phơi âm can.

– Vị đắng, tính hàn hơi độc vào kinh can thận. Có tác dụng trừ phong thấp, mạnh gân cốt, thanh nhiệt giải độc.

– Chữa phong thấp mụn nhọt 8-10g/ngày.

E. THUỐC TRỪ HÀN

Là các vị thuốc nóng có tác dụng trừ hàn.

17. Nhục quế

Vỏ thân cây quế (*Cinnamomum Loureirii* Nees). Họ long não (*Lauraceae*).



- Cây to, cao 10-20m, lá đơn nguyên, mọc so le, gân hình cung. Cây mọc hoang ở rừng Trường Sơn và trồng ở nhiều nơi: Thanh Hóa, Nghệ Tĩnh, Quảng Nam.

- Vị cay ngọt, tính rất nóng thơm, có ít độc, vào kinh tâm, phế, tỳ, can, thận. Có tác dụng bổ mệnh môn hỏa, hồi dương, tán hàn, thông huyết mạch.

- Chữa thận dương kém, tay chân lạnh, bụng lạnh ỉa chảy, nôn, mửa không cầm, kinh bế do hàn, lưng gối đau mỏi. Liều dùng 2-6g/ngày (sắc), 1-2g (mài hoặc tán uống 1 lần).

18. Can khương (gừng khô)

- Gừng tươi (xem thuốc chống nôn) phơi sấy khô.

- Vị cay, tính ấm, vào kinh tâm, phế, tỳ, vị, thận, đại trường. Có tác dụng: làm ấm bụng (ôn trung trừ hàn), hồi dương thông mạch (trợ tim mạch), ôn phế hóa ẩm.

- Chữa ỉa chảy, nôn mửa, tay chân lạnh, ho do hàn, phong hàn thấp tý. Liều dùng 2-8g/ngày.

F. THUỐC THANH NHIỆT

Là các vị thuốc mát, có tác dụng thanh nhiệt tả hỏa.

19. Kim ngân hoa

Là hoa mới nở, phơi khô của dây Kim ngân (*Lonicera japonica* Thunb). Họ Kim ngân (*Caprifoliaceae*).

- Dây leo bằng thân quấn, màu đỏ nâu, lá mọc đối thân lá, cành non có lông màu trắng. Hoa mọc từng đôi một ở kẽ lá, khi mới nở màu trắng, sau màu vàng, thơm. Mọc hoang ở rừng núi, ở cạnh đồng nước, leo các bụi tre. Thu hoạch hoa lúc mới chớm nở từ tháng 2 đến tháng 4. Không có hoa dùng dây lá thay (liều dùng gấp 4 lần).

- Vị ngọt - tính mát, vào kinh phế vị tỳ. Có tác dụng thanh nhiệt giải độc, tán phong nhiệt, lương huyết.

- Chữa các bệnh nhiệt, mụn nhọt, lở loét, dị ứng. Liều lượng 5-10g (hoa); 16-20g (dây, lá).

20. Bồ công anh (mũi mác, diếp đại, rau bao)

Toàn cây bồ công anh (*Lactuca indica* L). Họ Cúc (*Compositae*).

- Cây cỏ, sống 1 năm, cao 50-100cm, hơi giống cây rau diếp, thân lá có mủ trắng, mọc hoang nơi ẩm (bờ ruộng, bờ sông, bờ suối) từ đồng bằng đến miền núi. Thu hái cả cây lúc chưa ra hoa, phơi khô.



- Vị đắng tính hàn, vào kinh can vị. Có tác dụng thanh nhiệt giải độc, tán kết.
- Chữa sưng vú mụn nhọt, tràng nhạc, vết thương nhiễm trùng. Dùng 15-20g/ngày.

21. Sinh địa (địa hoàng)

Rễ củ (sấy khô ở nhiệt độ thấp) của cây sinh địa (*Rehmannia glutinosa* Libosch). Họ hoa mõm chó (Scrophulariaceae).

Cây đã di thực vào nước ta, loại thảo cao 20-30cm. Rễ củ mầm. Lá mọc tập trung ở gốc, mép có răng cưa, hoa màu tím đỏ, mọc thành chùm. Một năm trồng và thu hoạch 2 vụ, đánh luống cao, chống úng như trồng khoai lang. Đào củ tránh xây xát, để với cát nơi ẩm để giữ giống. Sấy ở nhiệt độ 40°C và ủ sẽ thành sinh địa (sinh địa khô).

Vị ngọt đắng, tính hàn, vào kinh tâm, can, thận, tiểu trường. Có tác dụng tư âm dưỡng huyết, thanh nhiệt, lương huyết.

- Chữa bệnh nhiệt gây thương tổn tân dịch, nhiệt nhập dinh huyết gây chảy máu cam, chảy máu tiêu hóa, phát ban sùng hống. Liều lượng 10-30g thuốc sắc.

22. Huyền sâm (hắc sâm và nguyên sâm)

Rễ (thường gọi là củ) của cây huyền sâm (*Scrophularia buergeriana* Miq). Họ hoa mõm chó (Scrophulariaceae).

Cây cỏ cao lớn 1,5-2m, thân vuông, lá mọc đối chéo chữ X, mép có răng cưa nhỏ và đều, lá cây đã di thực và trồng phổ biến ở nước ta. Rễ thu hoạch tháng 10,11. Sấy và ủ rồi sấy khô.

- Vị đắng ngọt, hơi mặn, tính hàn, vào kinh phế, vị thận. Có tác dụng tư âm giáng hỏa, giải độc.

- Chữa các bệnh do nhiệt vào huyết làm tổn thương tân dịch do nhiệt độc gây nổi ban, sùng hống, mụn nhọt. Liều dùng 10-12g/ngày.

23. Quả dành dành (chi tử - sơn chi tử)

Quả chín phơi khô của cây dành dành (*Gardenia florida* L). Họ cà phê (Rubiaceae).

- Cây nhỏ cao hơn 1m, phân nhánh nhiều, lá mọc đối hay mọc vòng 3 chiếc một, nhẵn bóng. Hoa to trắng thơm. Quả hình trứng có cạnh lồi, có cánh, thịt màu vàng cam. Mọc ở những nơi gần nước (bờ ao, cạnh giếng).

- Vị đắng - tính hàn, vào kinh đờm, tam tiêu. Có tác dụng: thanh nhiệt ở tam tiêu, giáng hỏa, lợi tiểu, cầm máu.

– Chữa những chứng do nhiệt như: viêm gan, vàng da, viêm bàng quang cấp, nôn máu, chảy máu cam. Liều dùng: 6-12g/ngày. Lá tươi vò lấy nước, nước đông lại đắp lên mắt chữa viêm màng tiếp hợp, đau mắt đỏ.

24. Vỏ núc nác

Là vỏ phơi khô của cây núc nác (*Oroxylum indicum* L). Họ chùm ớt (Bignoniaceae).

Cây nhỏ, cao 8-10 m. Lá kép lông chim hoa nâu đỏ sẫm, quả dẹt chứa nhiều hạt trông bằng cành.

– Vị đắng, tính lạnh, vào kinh tý thận, bàng quang. Có tác dụng thanh thấp nhiệt ở hạ tiêu, thanh can, tiêu độc, sát trùng.

– Chữa thấp nhiệt, đái dắt, nước đái vàng và trạng thái nhiệt trong cơ thể, trong nhân dân còn dùng để chữa dị ứng. Liều dùng 8-16g/ngày.

25. Nhân trần

Toàn cây trên mặt đất phơi khô của cây nhân trần (*Adenosma caeruleum* R br.). Họ hoa mõm chó (Scrophulariaceae).

– Cây mọc hoang ở đồi, bờ bãi trống, cao 40-70cm, thân tròn màu tím, có lông. Lá mọc đối, mép có khía răng, 2 mặt đều có lông, vò có mùi thơm. Hoa màu tím, mọc ở kẽ lá.

– Vị hơi đắng, tính hơi hàn vào kinh can đởm vị bàng quang. Có tác dụng trừ thấp nhiệt thoái hoàng, thông tiểu tiện, kích thích tiêu hóa.

– Chữa viêm gan virus, mụn loét chảy nước vàng dùng 8-12g/ngày.

26. Nha đam tử (khổ luyện tử)

Là hạt của cây xoan rừng (sầu đâu cút chuột) (*Brucea javanica* Merr). Họ thanh thất (Simarubaceae).

– Cây nhỏ cao 1-2m. Thân mềm có lông, lá kép lông chim sẻ, mọc so le, mép khía răng, có lông mềm.

– Hoa mọc thành chùm, quả hình bầu dục, màu đen vị rất đắng. Mọc hoang ở vùng rừng núi.

– Vị đắng, tính lạnh, vào kinh đại trường. Có tác dụng táo thấp, sát trùng.

– Chữa sốt rét: uống 1g quả ngày 3 lần uống trong 4-5 ngày liền.

– Chữa lỵ amíp, 10-15 hạt/ngày. Cách dùng tốt nhất là: cho thuốc tán vào nang hoặc vào cùi nhãn rồi nuốt, không dùng lâu. Tác dụng phụ: đau bụng nôn mửa ỉa chảy (do kích thích mạnh đường tiêu hóa).

G. THUỐC LÝ KHÍ

27. Hương phụ (củ gấu)

Hương phụ (củ gấu) là thân rễ phơi khô của cây hương phụ (*Cyperus rotundus* L). Họ cỏ (Cyperaceae).

- Cây cỏ sống dai cao 20-30cm, thân rễ phình lên thành củ, khó trừ diệt. Củ đào lên đốt cho hết rễ con và lông phơi khô gọi là hương phụ mề. Có thể chia thành 4 phần để tẩm với dấm, rượu, nước tiểu, muối. Sau đó phơi khô, sao lên để dùng gọi là hương phụ tứ chế.

- Vị cay, hơi đắng, tính ôn, thơm vào kinh can và tam tiêu, có tác dụng lý khí giải uất, điều kinh, giảm đau, giúp tiêu hóa.

- Chữa đau tức bụng ngực, kinh nguyệt không đều. Dùng 6-12g/ngày sắc uống.

28. Vỏ quýt (trần bì)

Vỏ phơi khô để lâu của quả chín cây quýt (*Citrus deliciosa* Tenore). Họ cam quýt chín (Rutaceae).

- Lấy vỏ quýt chín để gác bếp cho khô (vỏ quả quýt xanh là thanh bì là một vị thuốc phá khí tán kết).

- Vị cay đắng, tính ấm thơm, vào kinh tỳ phế, có tác dụng lý khí kiện tỳ, táo thấp hóa đàm.

- Chữa ngực bụng đau trướng, ăn không ngon, nôn, ỉa chảy ho nhiều đàm. Dùng mỗi ngày 4-12g.

29. Sa nhân

Quả già sắp chín phơi khô của cây sa nhân (*Amomum* sp) - Họ gừng (Zingiberaceae).

Quả là 1 nang 3 ngăn hình trứng, to nhất bằng ngón tay giữa, mặt ngoài vỏ có gai rất đều. Quả thu hoạch vào khoảng 01-15 tháng 7 âm lịch.

- Vỏ và hạt đều dùng làm thuốc.

- Hạt sao qua (vỏ sao sém cạnh). Vị cay, tính ôn thơm vào kinh tỳ, vị, thận. Có tác dụng hành khí, hoà vị tỳ tỳ, tiêu thực, an thai.

- Chữa tiết tả do tỳ vị hư hàn, ngực bụng đau trướng, nôn, động thai. Liệu lượng 1-3g/ngày sắc uống. Lưu ý dùng liều cao: nhức đầu, nóng trong người.

30. Chỉ thực

Quả non, phơi sấy khô của cây chấp (chấp, kim quất, khổ chanh, *Citrus* sp L). Họ cam quýt (Rutaceae).



Quả non, vỏ sù sì, vàng nhạt, vỏ dày, đắng, nhiều hạt (quả già phải sấy khô gọi là chỉ xác là một vị thuốc lý khí) tháng 4,5 nhặt quả non rụng ở gốc cây.

- Vị đắng, chua, tính hơi lạnh, vào kinh tỳ vị. Có tác dụng phá khí tiêu tích, hoá đờm, trừ ách tắc (bĩ).

- Chữa ngực bụng đầy trướng, đờm thực ứ trệ, làm cho ăm kém. Dùng 6-12g/ngày sắc uống.

H. THUỐC LÝ HUYẾT

Là thuốc chữa bệnh ở phần huyết. Ở đây chỉ giới thiệu thuốc hành huyết và cầm máu.

31. Xuyên khung

Thân rễ (củ) phơi sấy khô của cây xuyên khung (*Ligusticum Wallichii* Franch). Họ hoa tán (*Umbellifera*)

- Cây thuốc đã di thực và trồng kết quả ở nước ta là cây thảo lá mọc so le, kép 3 lần, cuống lá dài. Hoa tán kép, nhỏ, màu trắng. Trồng ở nhiều nơi: Sapa, Tam Đảo, Hà Giang, Nghệ Tĩnh, Đà Lạt. Dùng rễ làm thuốc. Thu hoạch củ tháng 10-11 ở cây trồng đã 2 năm.

- Vị cay, tính ấm, thơm, vào kinh can, đờm và tâm bào. Có tác dụng lý khí hoạt huyết, trừ phong chỉ thống.

- Chữa kinh nguyệt không đều, đau đầu hoa mắt, ngực sườn đau, phong thấp nhức mỏi, liệt nửa người. Dùng 4-2g/ngày sắc uống.

32. Nghệ vàng (khuong hoàng)

Thân rễ (củ) của cây nghệ (*Curcuma longa* L., *Curcuma Xanthoriza* Roxb). Họ gừng (*Zingiberaceae*).

- Trồng ở khắp các địa phương, củ có màu vàng.

- Vị cay đắng, tính ấm vào kinh tỳ can. Có tác dụng hành khí hoạt huyết, phá ứ thông kinh, chỉ đau, sinh cơ.

- Chữa huyết ứ, ngực đầy tức, phụ nữ kinh bế, phong thấp, đau dạ dày, bị đánh, bị ngã (do ứ huyết gây nên). Dùng 4-6 g/ngày, sắc uống.

Cần phân biệt củ nghệ (Khuong hoàng) với uất kim (rễ, dải của củ nghệ).

- Uất kim là dải củ nghệ, vị cay đắng, ngọt tính hàn vào kinh tâm, phế, can. Có tác dụng giải uất, hành khí, phá ứ.

Chữa: đau tức ngực, trướng bụng, viêm gan mạn, xơ gan. Liều dùng 4-8g/ngày.

33. Ngưu tất (hoài ngưu tất)

Rễ phơi khô của cây ngưu tất (*Achyranthes bidentata* Blume).

Họ rau dền (*Amaranthaceae*).

Đã di thực trồng tốt ở nước ta. Rễ khô màu trắng trong hơi vàng dài, mềm dẻo là tốt.

- Vị đắng, chua, tính bình vào kinh can, thận. Có tác dụng thông huyết ứ (dùng sống), bổ can, thận, mạnh gân cốt (sao chín).

- Chữa kinh bế, đái buốt ra máu, sau đẻ ứ huyết, chấn thương (dùng sống), chữa phong thấp; bổ can, thận (sao chín). Dùng 4-12g/ngày để làm thuốc thang.

34. Ích mẫu

Toàn cây ở trên mặt đất của cây ích mẫu (*Leonurus heterophyllus* sweet). Họ hoa môi (*Labiatae*).

- Cây cỏ mọc hoang ở ven sông, bờ ruộng. Thân cây hình vuông, phiến lá cắt sâu thành 3 thùy: thu hoạch cây khi bắt đầu chớm ra hoa - phơi khô.

- Vị cay hơi đắng, tính mát, vào kinh can, tâm bào. Có tác dụng thông ứ sinh tân, hoạt huyết, điều kinh, lợi thủy tiêu thũng.

- Chữa bệnh phụ khoa: kinh nguyệt không đều, máu ứ gây đau bụng sau đẻ, thủy thũng đái không lợi. Dùng 8-10g/ngày sắc uống.

- Hạt ích mẫu gọi là sung ury tử chữa bệnh can thận, mắt mờ.

35. Sâm tam thất

Rễ củ cây tam thất (*Panax pseudo-ginseng* Wall). Họ - ngũ gia bì (*Araliaceae*).

Cây thảo cao 20-40cm, sống lâu năm, lá kép chân vịt 5-7 lá mọc vòng, mép khía răng. Hoa xanh vàng nhạt mọc thành tán ở ngọn thân. Quả mọng hình thận màu đỏ. Rễ củ thu hoạch ở các cây trồng trên 5 năm ở các vùng lạnh (Hà Giang, Lào Cai, Sapa...).

- Vị đắng hơi ngọt, tính ấm, vào kinh can vị. Có tác dụng hóa ứ cầm máu, tiêu sưng giảm đau.

- Chữa các chứng chảy máu sưng do bị thương, bị ngã, bị đánh hay chảy máu nội khoa. Dùng 4-8g/ngày.

36. Cỏ nhọ nồi (cỏ mực, hạn liên thảo)

Toàn cây có lá của cây nhọ nồi (*Eclipta alba* Hassk)

Họ cúc (*Compositae*)



- Cây cỏ nhỏ mọc hoang ở nơi ẩm ướt (bờ ruộng, bờ kênh) lá mọc đối, có lông mịn 2 mặt, hoa nhỏ trắng, vỏ lá bị đen tay.
- Vị ngọt, chua tính mát, vào kinh can thận. Tác dụng: bổ can thận âm, lương huyết cầm máu.
- Chữa chảy máu, chữa can, thận suy yếu tóc bạc sớm. Dùng 16-20g/ngày sắc uống.

I. THUỐC GIẢM HO - HÓA ĐỒM

37. Hạnh nhân

Hạnh nhân là nhân của quả cây mơ (*Armeniaca Vulgaris* lam K). Họ hoa hồng (*Rosaceae*).

- Cây nhỏ, cao 4-5 m. Lá đơn mọc so le, mép có răng cưa nhỏ. Hoa trắng thơm, quả chín vàng, vị chua ngọt. Mọc hoang và trồng ở nhiều nơi. Mùa quả tháng 3-4. Giã quả hạt lấy nhân.
- Vị đắng, cay, tính ấm, ít độc, vào kinh phế, đại trường. Có tác dụng giảm ho, đỡ khó thở, nhuận tràng.
- Chữa ho do ngoại cảm, đau họng, hen suyễn, viêm phế quản, táo bón. Dùng 8-12g/ngày sắc uống.

38. Tô tử (hạt tía tô)

Hạt của cây tía tô (*Perilla ocymoides* L). Họ hoa môi (*Labiatae*)

- Vị cay tính ấm, vào kinh phế, tỳ. Có tác dụng giáng khí giảm khó thở, tiêu đờm giảm ho.
- Chữa khó thở, ho, đờm nghịch lên, hen suyễn. Liều dùng 6-12g/ngày.

39. Vỏ rễ dâu (tang bạch bì)

Vỏ rễ của cây dâu tằm (*Morus alba* L). Họ dâu tằm (*Moraceae*).

Cây dâu tằm:

- Lá: giải cảm phong nhiệt, làm ra mồ hôi.
- Cành (tang chi) chữa: phong thấp.
- Vỏ rễ (tang bạch bì) chữa: ho nhiệt.

Vỏ rễ dâu bỏ vỏ xanh mỏng bên ngoài, bỏ lõi tằm mật sao. Vị ngọt, tính lạnh, vào kinh phế. Có tác dụng thanh nhiệt ở phế, lợi tiểu, giảm ho khó thở. Trừ đờm nhiệt.

- Chữa nhiệt ở phế, ho, phù thũng. Dùng 6-18 g/ngày.



40. Bồ kết (tạo giác)

Vỏ quả cây bồ kết (*Gleditsia australis* Hemsl)

Họ vang (*Caesalpiniaceae*).

– Cây cao to 5-7m. Trên thân có những chùm gai cứng phân nhánh. Lá kép lông chim gồm 6-8 đôi lá chét. Hoa trắng mọc chùm ở kẽ lá. Mọc hoang và được trồng nhiều ở các tỉnh phía Bắc, phụ nữ thường nấu nước gội đầu.

Vỏ quả (bồ hạt) đốt tồn tính vị cay mặn, tính ôn, ít độc. Vào kinh phế, đại trường. Có tác dụng thông khiếu, tiêu hàn đờm, thông tiện, trừ phong.

Chữa trúng phong, cấm khẩu, hen hàn, ho hàn đờm. Liều dùng 2-5g/ngày sắc uống.

(Hạt và gai: vị cay, tính ôn không độc. Có tác dụng bài mủ chữa mụn nhọt dùng 4-8g/ngày sắc uống).

K. THUỐC AN THẦN TRẦN KINH

41. Táo nhân (toan táo nhân, nhân hạt táo)

Nhân hạt của cây táo (*Zizyphus jujuba* Lamk)

Họ táo (*Rhamnaceae*).

– Nhặt hạt, rửa sạch, phơi khô, xay vỡ vỏ, sàng lấy nhân phơi hay sấy thật khô, sao đem dùng.

– Vị ngọt, hơi chua, tính bình, vào kinh can, đờm tâm, tỳ. Có tác dụng bổ tâm, ích can, đờm. Sao chín có tác dụng an thần.

– Chữa hư phiền mất ngủ, trống ngực, hay quên, mồ hôi nhiều, cơ thể suy yếu. Dùng 6-15g/ngày.

42. Câu đằng

Đoạn cành có gai móc câu của cây câu đằng (*Uncaria Rhynchophylla* (miq) Jackson).

Họ cà phê (*Rubiaceae*)

– Dây leo mọc hoang ở đồi nơi mát. Lá mọc đối, có cuống, hình trứng, đầu nhọn, ở kẽ lá có 2 gai mọc cong xuống trông như lưỡi câu. Do đó có tên câu đằng. Mùa hạ mọc hoa trắng vàng tụ hợp thành khối hình cầu.

Thu hái dây vào tháng 7-9 chọn các mấu có móc câu cắt từng đoạn 2cm phía trên sát móc câu, phơi hay sấy khô dùng sống.

– Vị ngọt, tính hàn, vào kinh can tâm bào. Có tác dụng thanh nhiệt, bình can, tức phong, trấn kinh.



- Chữa trẻ em sốt cao co giật, người lớn đau đầu, hoa mắt, tăng huyết áp. Dùng từ 12-16g/ngày, sắc uống.

43. Giun đất (địa long)

Toàn bộ con giun đất, bỏ đất ở ruột sấy khô (*Pheretima aspergillum* Perrier).

Họ cự dẫ (Magascollecidae).

- Căng giun đất, dùng dao rạch dọc, đổ nước ấm vào cho sạch, phơi, sấy khô khi dùng thường tẩm nước gừng hay rượu sao vàng.

- Vị mặn, tính hàn, vào kinh tỳ, vị, thận. Có tác dụng thanh nhiệt giải độc, trấn kinh, lợi niệu, thông kinh lạc, thông lâm.

- Chữa các bệnh nhiệt, co giật, liệt nửa người, đái khó, huyết áp cao, dùng 6-12g/ngày uống (2-4g dạng thuốc bột).

L. THUỐC BỔ

BỔ KHÍ

44. Phòng đẳng sâm

Rễ củ của cây đẳng sâm (*Codonopsis* sp).

Họ hoa chuông (*Campanulaceae*)

- Cây mọc hoang ở miền núi, khí hậu mát ở miền Bắc nước ta. Thân mọc bò hay leo. Hoa vàng nhạt mọc ở kẽ lá. Củ hình trụ dài, đào lên rửa sạch phơi hay sấy khô.

- Vị ngọt, tính bình vào kinh phế, tỳ. Có tác dụng bổ tỳ vị, ích khí, sinh tân dịch, chỉ khát.

- Chữa tỳ hư (kém ăn, chân tay mỏi mệt), phế hư sinh ho (so với nhân sâm, tác dụng của đẳng sâm thiên về bổ trung), liều dùng 6-12g/ngày sắc uống.

45. Bạch truật

Thân rễ của cây bạch truật (*Atractylodes macrocephala* koidz).

Họ cúc (*Compositae*).

- Cây thuốc mới được di thực ở nước ta có kết quả. Cây sống lâu năm cao tới 0,5m. Lá mọc so le chia 3 thùy rõ rệt. Thân rễ phình thành củ. Trồng được cả vùng đồng bằng Bắc Bộ. Trước khi phơi sấy khô phải đồ chín.

- Vị ngọt, hơi đắng, tính ấm, vào kinh tỳ vị. Có tác dụng kiện tỳ, táo thấp, hoà vị chống nôn, an thai, lợi thủy chỉ hãn.

- Chữa tỳ hư, ỉa chảy, phù thũng, tự ra mồ hôi, có thai đau bụng, nôn nghén. Liều dùng 4-12g/ngày.

46. Hoài sơn (củ mài)

Thân rễ (củ) của cây hoài sơn (*Dioscorea persimilis* Prain et Burkill).
Họ củ mài (*Dioscoreaceae*).

- Dây leo, thân rễ phình ra thành củ dài 0,5-1m. Đường kính 2-10cm, với nhiều rễ con. Lá mọc đối có khi so le thành hình tim. Mọc hoang ở miền núi, hiện được trồng ở nhiều nơi. Củ gọt vỏ ngâm nước phèn, sấy diêm sinh rồi sấy khô.

- Vị ngọt, tính bình, vào kinh tỳ, vị, phế, thận. Có tác dụng kiện tỳ vị, bổ phế âm, cố thận sáp tinh.

- Chữa tiêu hóa kém, ỉa chảy kéo dài, di tinh, tiêu khát.

Liều dùng: 12-24g/ngày

Các thuốc có tác dụng bổ khí khác: bổ chính sâm, bạch biển đậu.

THUỐC TRỢ DƯƠNG

47. Ba kích (ba kích thiên, cây ruột gà)

Rễ phơi khô của cây ba kích (*Morinda officinalis* How)

Họ cà phê (*Rubiaceae*)

- Cây cỏ sống lâu năm, thân leo, lá mọc đối cứng nhọn, quả hình cầu, đường kính 6-11mm, khi chín màu đỏ. Mọc hoang ở vùng núi. Rễ đào lên rửa sạch phơi khô.

- Vị ngọt cay, tính ấm vào kinh thận. Có tác dụng ôn thận, trợ dương, mạnh gân cốt, trừ phong thấp.

- Chữa liệt dương, phong thấp, thận dương kém.

Liều dùng 8-16g/ngày sắc uống.

48. Tắc kè (cáp giới)

Toàn bộ tắc kè sấy khô (bỏ nội tạng, bỏ đầu) (*Gekko gekko* L).

Họ tắc kè (*Gekkonidae*).

- Hình dáng bên ngoài con tắc kè giống con thạch sùng nhưng to và dài hơn. Chiều dài thân 15-17cm đuôi cũng dài bằng thân. Đầu bẹt hơi phình cạnh, mắt con người thẳng đứng. Mắt lõm xuống, 4 chân, mỗi chân có 5 ngón tự do, có màng nối với nhau thành hình chân vịt, lưng tắc kè màu xám đen, toàn thân có những vẩy nhỏ, tròn hay nhiều cạnh có màu sắc biến đổi. Đuôi



tắc kè là bộ phận quý nhất (rụng đuôi, đuôi mọc lại có ngắn đứt, không tốt bằng đuôi cũ). Đôi khi gặp tắc kè già hai mắt không lõm, miệng nhọn, đuôi dài hơn thân. Tắc kè sống trong hốc đá, hốc cây ở miền rừng núi.

- Vị mặn tính ấm vào kinh phế, thận. Có tác dụng bổ trợ dương, ích tinh.
- Chữa hư lao phế yếu, hen lâu ngày do thận hư, ho do hư lao, bổ toàn thân. Liều dùng 4-8g/ngày. Ngâm rượu lẫn với các vị thuốc khác.

49. Cầu tích (lông cu li)

Thân rễ (củ) cây cầu tích (*Cibotium barometz* (L) J. Sm)

Họ lông cu li (Dicksoniaceae)

- Cây cỏ sống lâu năm cao 0,5-1,5m. Thân rễ có lông tơ màu vàng bao phủ. Lấy thân rễ to nhỏ, không đều, mặt ngoài sạch lông, mặt cắt màu nâu hồng có vân, cắt mỏng, tẩm rượu sao dùng.
- Vị đắng ngọt tính ấm, vào kinh can thận. Có tác dụng bổ can thận, trừ phong thấp, mạnh gân xương.
- Chữa thận dương hư, lưng đau gối mỏi, phong, hàn, thấp, tý. Liều dùng 8-12g/ngày sắc uống.

THUỐC BỔ HUYẾT

50. Thục địa

- Chế từ sinh địa (*Rehmannia glutinosa* Libosch).

Họ hoa mõm chó (Scrophulariaceae).

- Vị ngọt tính hơi ấm, vào ích tinh kinh tâm, can, thận. Có tác dụng bổ huyết, bổ thận âm.
- Chữa kinh nguyệt không đều, băng huyết do sẩy đẻ, suy nhược, gầy khô, âm hư. Liều dùng 8-12g/ngày sắc uống.

51. Rau thai nhi (tử hà sa) (*placenta hominis*)

- Lấy rau thai nhi tốt (con sơ tốt nhất) mẹ khỏe (chắc chắn không có giang mai, lậu, HIV). Bỏ màng sấy khô, tán bột.
- Khi dùng phối hợp với thuốc khác. Hay cắt từng miếng như hạt lựu ngâm rượu tốt (hay mật ong).
- Vị ngọt mặn: tính ấm, vào kinh can, thận phế. Có tác dụng đại bổ tinh bổ huyết, bổ khí, bổ âm.
- Chữa gầy còm suy nhược, hư lao, khó thở, di tinh, liệt dương. Dạng bột 2-4g/ngày. Phối hợp với các loại thuốc khác.

THUỐC BỔ ÂM

52. Quy bản

Yếm của con rùa (*Carapax testudinis*). Họ rùa (*Testudinidae*).

Rùa có ở khắp mọi nơi trên nước ta gặp nhiều ở các vùng hồ ao, sông rạch.

– Vị ngọt, mặn, tính lạnh, vào kinh thận, can. Có tác dụng bổ can, thận, tư âm tiềm dương. Chữa di tinh, sốt hâm hấp về chiều, chữa các bệnh mạn tính suy nhược (ho lâu, sốt rét lâu ngày) mất máu.

– Dùng 5-10g/ngày sắc uống phối hợp với các vị thuốc khác.

53. Mạch môn (mạch môn đông, lan tiên)

– Rễ củ sấy khô của cây mạch môn (*Ophiopogon japonicus* Wall).

– Họ hoàng tinh (*Convallariaceae*).

– Loại thảo sống lâu năm. Cao 10-40cm, trông làm cảnh. Rễ chùm phát triển thành củ mầm. Lá dài hẹp, củ hình thoi, 2 năm có màu vàng, rửa sạch, đồ, phơi khô rút lõi.

– Vị ngọt, hơi đắng, tính hơi lạnh vào kinh tâm, phế, vị. Có tác dụng thanh nhiệt ở tâm, nhuận phế, hóa đờm, chỉ ho máu.

– Chữa ho ra máu, bổ phế âm, bệnh sốt khô tân dịch. Dùng 6-20 g/ngày sắc uống.

M. THUỐC CỔ SÁP

54. Kim anh tử (quả kim anh)

Vỏ quả gần chín (bỏ hạt, gai, sấy khô của cây kim anh) (*Rosa laevigata* Mich). Họ hoa hồng (*Rosaceae*).

– Cây mềm, leo, mọc thành bụi ở rừng núi Cao Lạng.

– Vị chua chát, tính bình, vào kinh tỳ, thận. Có tác dụng giữ tinh, giữ nước trong cơ thể.

– Chữa di tinh, di niệu, đái nhiều lần, băng huyết, khí hư, tỳ hư ỉa chảy.

Dùng 8-12g/ngày sắc uống.

55. Ngũ bội tử (*Galla chinensis*)

Ngũ bội tử là tổ của con sâu ngũ bội tử ký sinh trên cây muối hay các cây thuộc họ đào lộn hột (*Anacardiaceae*) mọc ở các tỉnh miền núi phía Bắc nước ta. Ngũ bội tử có hình dáng thay đổi, hình củ ấu phân nhánh. Kích thước 5-6cm x 3-4cm. Mặt ngoài màu xám đỏ nâu, có lông mịn ngắn. Hải về phơi hay sấy nhẹ cho khô, đập nát bỏ con sâu ở trong sao qua.



- Vị chua, tính bình, vào kinh phế, thận, đại trường. Có tác dụng: liễm phế, sáp trường, chỉ huyết, liễm hãn.
 - Chữa ho do phế hư, lời dom do lý, mồ hôi nhiều, chảy máu.
- Liều dùng 4-8 g/ngày sắc uống.

N. THUỐC TIÊU ĐẠO

56. Cốc nha (*Fructus oryzae germinatus*)

- Hạt thóc tẻ ngâm nảy mầm dài 1cm sấy khô.
- Vị ngọt, tính ấm, vào kinh tỳ, vị. Có tác dụng kiện tỳ vị, tiêu thực.
- Chữa chứng bụng trướng không muốn ăn do tỳ hư. Dùng 12-16 g/ngày sắc uống.

57. Kê nội kim (màng trong của mề gà)

- Kê nội kim (*Corium Stomachichum Galli*).
- Lớp màng màu vàng phủ mặt trong mề gà, rửa sạch phơi khô.
- Vị ngọt, tính bình, vào kinh tỳ, vị, tiểu trường bàng quang. Có tác dụng tiêu thủy cốc, kiện tỳ vị.
- Chữa kém ăn, trướng bụng, nôn ợ hơi. Dùng 2-5 g/ngày (dạng bột) sắc uống.

O. THUỐC TRỪ TRÙNG

58. Quả giun (sử quân tử)

- Sử quân tử (*Quisqualis indica* L). Họ bàng (Combretaceae).
- Cây bụi, cành cứng, sống dựa. Lá đơn nguyên mọc đối. Hoa mọc thành chùm ở kẽ lá, màu trắng sau đỏ, thơm, to bằng quả chám có cạnh lồi. Mọc hoang ở rừng núi, trồng làm hàng rào ở đồng bằng. Quả thu hoạch tháng 7-8 phơi khô.
 - Vị ngọt, tính ấm, vào kinh tỳ, vị. Có tác dụng tẩy giun, tiêu cam tích.
 - Tẩy giun đưa 10-20g/ngày dạng bột, ăn vào buổi sáng. Bỏ vỏ lụa, cấu đầu 1-10 quả ăn sống lúc đói, không phải dùng thuốc nhuận tràng (trẻ 1 tuổi 1 quả; 3 tuổi 3 quả; 7 tuổi 4 quả; người lớn 10 quả).

59. Hạt cau (bình lang - tân lang)

Hạt phơi khô của cây cau (*Areca catechu* L). Họ dừa (Palmaceae).
 Có 2 loại cau: cau nhà và cau rừng đều dùng hạt làm thuốc.



– Vị đắng chất, tính ấm, vào kinh vị đại trường. Có tác dụng sát trùng, tiêu tích ứ, giảng khí hành thủy.

– Chữa trùng tích, sản sơ mít, ly, thực tích, ỉa chảy, phù thũng, sốt rét. Liều dùng 6-12g/ngày. Chữa sản sơ mít 50g sắc uống 1 lần.

P. THUỐC DÙNG NGOÀI

Gồm các vị thuốc có tác dụng tại chỗ trên da, niêm mạc (có vị không uống được hay chỉ uống với liều lượng ít).

60. Hùng hoàng (Realgar)

Thành phần chủ yếu: (AsS) arsen sulfur

- Vị cay, tính ấm, có độc. Vào kinh can, vị. Có tác dụng sát trùng trừ đờm.
- Chữa mụn nhọt ghẻ (tán mịn bôi) rắn độc cắn. (Uống 0,5g/ngày chữa rắn cắn).

61. Bằg sa (hàn the) (Borax)

Bằg sa có thành phần chủ yếu là natri borat

Vị ngọt mặn, tính hàn, vào kinh phế, vị. Có tác dụng trừ đờm nhiệt ở ngực, giải độc, phòng thối.

Chữa nhiễm trùng môm miệng, họng, mắt, chữa sốt (uống 2-4 g/ngày).

62. Phèn chua (minh phàn) (Alumen)

– Vị chua lạnh, vào kinh tỳ. Có tác dụng tảo thấp, sát trùng, giải độc, cầm máu.

– Chữa ngứa, chống nhiễm trùng (phi lên dùng), chữa động kinh (0,5-1g/ngày: uống).

63. Lá sòi

Lá của cây sòi trắng (Sapium Sebiferum Linn). Họ thầu dầu (Euphorbiaceae).

– Cây sòi mọc hoang ở đường đi. Lá sòi và một số lá cây khác (lá đào, lá sim, lá ổi...) nấu nước đặc.

– Vị đắng, tính hơi ấm, có tác dụng sát trùng vết thương, thông tiểu, nhuận tràng.

– Chữa thủy thũng, đại tiện không thông, đình độc. Dùng vỏ rễ 10-12g/ngày.

64. Lá mỏ quạ

Lá của cây mỏ quạ (*Cudrania cochinchinensis*).

Họ thầu dầu (*Moraceae*)

- Cây nhỏ nhỡ thân mềm, nhiều cành. Thân và cành có gai, gai già to hơi cong xuống trông như mỏ con quạ. Lá mọc cánh hình trứng thuôn hai đầu nhọn, mặt lá nhẵn bóng, mép nguyên. Nhám có vị tê tê ở lưỡi. Thường dùng lá tươi.
- Tác dụng: chữa vết thương phần mềm lâu lành.

65. Lá sắn thuyền

Lá của cây sắn thuyền (*Syzygium polyanthum* (Wight) Walp. Họ sim (*Myrtaceae*).

- Cây thân thẳng đứng. Lá mọc đối, hai đối lá gần nhau mọc theo hai hướng thẳng góc với nhau. Phiến lá hình mác thuôn nhọn ở gốc, tù ở đỉnh, đen nhạt ở trên khi khô, mặt dưới nhạt có những điểm tuyến, mép nguyên.
- Tác dụng: chữa vết thương phần mềm nhiễm trùng.

Xin tham khảo thêm các vị thuốc khác ở các tài liệu về cây con làm thuốc Việt Nam.

CHỮA BỆNH BẰNG THUỐC NAM CHÂM CỨU

I. ÁP DỤNG TRONG NGOẠI KHOA

1. Cầm máu

Nguyên nhân gây chảy máu trong ngoại khoa có nhiều, phải chữa nguyên nhân là chính. Có thể kết hợp sử dụng thuốc ta:

a. Thuốc cầm máu uống có tác dụng toàn thân

* Cỏ nhọ nồi	20g	Lá sen	12g
Lá trắc bá	20g	Lá trắc bá	12g
Lá ngải cứu	20g	Lá ngải cứu	12g
Sinh địa	12g		

Tất cả sao cháy đen, sắc đặc uống.

b. Nếu vết thương chảy máu liên tục: có thể rắc hoặc đắp tại chỗ bằng các thuốc sau:

- Lá trâu không khô 50g



- Hạt cau già thái mỏng, phơi khô, 50g sấy khô, tán bột để trong lọ kín, khi dùng rắc lên vết thương.
- Mốc cây cau (phấn cau) 50g sao qua.
- Ô long vĩ (bồ hóng bép) 20g sao qua, giã nhỏ, đựng trong lọ kín, khi dùng rắc lên vết thương (cống hiến của lương y Nguyễn Văn long ở Hải Hưng).
- Nõn chuối tiêu: lấy ở cây chuối non cao độ 60cm, cắt sát gốc; bóc bẹ ngoài, lấy nõn to độ 3-4 cm đường kính, cắt từng khúc, giã nhỏ, đặt vào chỗ đang chảy máu.
- Vẩy con tê tê sao cháy khô tán mịn, cho vào lọ, khi dùng rắc lên vết thương.
- Lá gai làm bánh 4 phần, bỏ sống lá giã thật nhỏ, với với tôi 1 phần, phơi khô, tán nhỏ, cho vào lọ. Khi dùng rắc lên vết thương.

2. Chống nhiễm trùng

a. Thuốc rửa và sát trùng vết thương

Sử dụng một trong các bài:

- * Lá trầu không tươi 40g
- Phèn phi 8g
- Nước sôi để nguội 1 lít

Lá trầu không rửa sạch, thái nhỏ, đun sôi trong nước, sau cho phèn chua vào hoà tan, lọc, dùng để rửa vết thương có mủ hoặc vết thương bẩn. Có thể cho thêm 30g tô mộc (tô mộc cắt ngắn, chẻ nhỏ, nấu cùng với lá trầu không. Nước thuốc sát trùng này có thể để lâu được.

- * Lá sài đất 200g
- Cây vòi voi 49g
- Tô mộc 20g

Cho vào 500ml nước, đun sôi, để 2 giờ, lọc bỏ bã, nước đựng trong bình kín (để trong 1 tuần).

Sài đất tươi già, đun loãng, cho vào 1 ít muối, để nguội, lọc bỏ bã để dùng.

Nước sắc đặc của một số lá có tác dụng sát trùng nhẹ và rửa vết thương: lá sổi, lá ích mẫu, lá dâm bụt, lá sim (dùng một trong các thứ lá trên).

b. Thuốc uống có tác dụng chống nhiễm trùng

- * Kim ngân hoa 6g (hoặc kim ngân 24g)
- Thổ phục linh 20g (hoặc vỏ gạo 20g)
- Bồ công anh 20g
- Cam thảo đất 20g
- Sài đất 20g



Sắc đặc uống ngày 1 thang (có thể chế dưới dạng chè, viên tròn cóm... để tiện sử dụng).

Chè tiêu độc:	* Kim ngân hoa	5g	Bồ công anh	15g
	Sài đất	10g	Cam thảo	5g
	Ké đầu ngựa	10g	làm chè uống chữa mụn nhọt	

3. Chữa vết thương phần mềm

a. *Cầm máu (thuốc cầm máu ở trên)*

b. *Rửa vết thương sát trùng (thuốc ở trên).*

c. *Thuốc đắp có thể dùng một trong các bài sau:*

- Lá mỏ quạ tươi, hoặc.
- Lá mỏ quạ tươi và lá bông bong tươi (lượng bằng nhau) rửa sạch, tước cọng lá, giã nát, đắp lên vết thương.
- Cao mỏ quạ: lá mỏ quạ tươi bỏ cọng, rửa sạch, nấu thành cao lỏng, cho vào gạc đắp lên vết thương.
- Lá sắn thuyền tươi, tước bỏ cọng, giã nát, đắp lên vết thương.
- Lá sắn thuyền sấy khô, tán mịn, rắc lên vết thương, có thể không cần băng kín.

* Nhựa thông khô	7 lạng
Phèn phi	1 lạng
Phèn chua	1,5 lạng

Tán nhỏ giã mịn. Rửa sạch vết thương, rắc bột thuốc, có thể không cần băng kín.

Cao mật lợn gồm:

* Hành tươi	300g	Lá trầu không tươi	300g
Tỏi tươi	300g	Lá ổi tươi	300g

Cách chế: hành tỏi bỏ vỏ, lá trầu không, lá ổi giã nhỏ, cùng cho vào 600ml nước, nấu kỹ lọc 2-3 lần, cô lại còn 300ml, cho 1 kg đường đun thành cao lỏng, rồi cho mật lợn vào canh kỹ, đựng vào lọ kín.

Rửa sạch vết thương, bôi cao ngày 1 lần.

- Cạo mủ cây chai, cây có nhiều ở miền Nam và dầu lạc (hai thứ bằng nhau). Đun chảy mủ chai, trộn dầu lạc quấy đều nhỏ lửa, đến khi thành một hỗn hợp hết mùi mủ chai, phết thuốc lên vải để khô. Rửa sạch vết thương, dán cao trực tiếp lên vết thương 2-3 ngày thay 1 lần.

d. *Thuốc uống:* kim ngân, bồ công anh (mỗi thứ 40g) sắc uống. Hoặc bài thuốc uống chống nhiễm trùng ở phần trên.

4. Chữa bỏng

Thuốc ta có thể đắp tại chỗ chống nhiễm trùng (kể cả khi vết thương có mủ), lấy băng vết thương.

* Củ ráy dai	50g	Lá trâu không	50g
Nghệ già	300g	Dầu lạc (hoặc dầu vừng)	1 lít

Củ ráy dai, nghệ vàng cạo vỏ thái mỏng cùng với lá trâu không cho vào đun sôi 30 phút, lọc bỏ bã, cất trong lọ kín. Đắp gạc thấm thuốc lên vết bỏng sau khi đã rửa sạch và cắt lọc.

b. Cao xoan rừng (còn gọi là cây xoan nhừ)

Lấy vỏ cây rửa sạch đổ ngập nước đun kỹ. Nấu hai lần, hợp làm một, lọc sạch và cô thành cao. Cứ 10 kg vỏ cây lấy 100ml cao.

Boi cao lên vết bỏng sau khi đã rửa sạch và cắt lọc. Để tự khô, không băng. Thuốc sẽ thành một màng bọc bảo vệ vết bỏng.

c. Cao bồ hòn: lá và vỏ cây bồ hòn (cạo bỏ phần đen ở ngoài) nấu thành cao. Cứ 4kg tươi, nấu và cô lấy 1 lít cao.

Đắp gạc tẩm cao bồ hòn lên vết bỏng sau khi đã rửa sạch và cắt lọc. Có thể không băng.

d. Thuốc mỡ bông mã đề

* Cao lỏng bông mã đề (nồng độ 1/1)	100ml
Lanolin	50g
Dầu Parafin	50g

Boi thuốc mỡ lên vết bỏng sau khi đã rửa sạch, cắt lọc, băng lại.

đ. Dầu gấc:

* Cùi gấc sấy khô 50-60°C	120g
Dầu lạc (hay dầu vừng)	500ml.

Đun nóng khoảng 80°C trong 2 giờ, lọc qua gạc được dầu gấc.

Lấy hạt dành dành (rang cháy đen, tán mịn) 15g, cho vào túi ngâm với dầu gấc, cũng đun nóng khoảng 60°C trong 2 giờ. Lấy túi dành dành ra lọc.

Nếu muốn dùng dưới dạng mỡ, thêm vadolin 800g đánh đều. Boi dầu gấc hoặc mỡ dầu gấc lên vết bỏng sau khi đã rửa sạch và cắt lọc.

e. Mỡ trâu không 1%

Trâu không đồ lên, phơi khô tán nhỏ.

Cứ 1kg trâu không dùng 4 lít nước ngâm nhỏ giọt rồi cô thành cao, 50kg trâu không được 1kg cao trâu không.

* Cao trâu không	1g
Vadolin	100g

Dùng gạc mỡ trâu không đắp lên vết bỏng sau khi đã rửa sạch và cắt lọc. Băng lại.

5. Bong gân, chàm thương

Trước tiên khi loại trừ các tổn thương gãy xương, sai khớp.

Thuốc bóp:

* Quế chi	20g	Đại hồi	20g
Huyết giác	20g	Địa liền	20g
Thiên niên kiện	20g		

Tất cả tán nhỏ, ngâm trong 500ml rượu trắng, tắm bông gạc xoa vào chỗ sưng đau để thông huyết ứ, giảm đau.

* Quế chi	0,5kg
Độc hoạt	0,1kg
Huyết giác	0,1kg

Tất cả tán nhỏ, ngâm trong 500ml rượu trắng, tắm bông gạc, xoa vào chỗ sưng đau.

Thuốc đắp (nếu sưng đau nhiều)

* Lá si	50g
Lá ngải cứu	50g
Lá cúc tần	50g (hoặc chỉ lá ngải cứu 50g).

Giã nhỏ cho tý dấm vào đun lên để nguội và băng vào chỗ sưng đau, ngày thay băng 1 lần.

* Lá tầm gửi	100g
Lá gấc	30g
Gạch non giã vụn	15g

Giã nhỏ, dàn lên lá bàng hoặc lá chuối (hơ nóng cho mềm), đắp lên vùng tổn thương, băng ép để nước thuốc thấm vào da 1-2 ngày thay thuốc 1 lần.

Thuốc uống

a. Cua đồng 3 con giã nhỏ, chế một cốc nước sôi vào, lọc bỏ bã ngay, cho 20ml rượu trắng, uống để hoạt huyết tiêu ứ. Uống 1 lần.



b. Một nắm búp bàng sắc uống (uống ngày đầu và ngày thứ 2).

Châm cứu:

a. Châm vị trí đối xứng với nơi đau (ví dụ đau cổ chân phải, châm cổ chân trái nơi đau tương đương).

b. Cứu ở điểm đau nhất.

6. Các gãy xương kín đơn giản, ít di lệch

Kéo nắn chỉnh hình.

Cố định: dùng 4 nẹp gỗ áp 4 mặt trước, sau, trong, ngoài của xương gãy (nẹp dài bằng chiều dài của xương ấy). Bộc cố định nẹp bằng dây vải hoặc băng lạt giang.

Thuốc bó bên trong nẹp, dùng một trong các bài dưới đây:

Kinh nghiệm của Viện Y học cổ truyền Việt Nam

* Bột cúc tần khô	8 phần	Dầu thầu dầu	20 phần
Sáp ong	2 phần	Bột quế chi	1,6 phần
Bột ngải cứu khô	4 phần	Bột đại hồi	0,8 phần

Nấu thầu dầu với sáp ong, đánh tan rồi đổ các bột thuốc vào khuấy đều. Đặt thuốc lên gạc đắp quanh ổ gãy.

* Bạch cập	8g	Thiên niên kiện	8g
Dây đau xương	12g	Đại hồi	4g
Huyết giác	20g	Quế chi	8g

Tán bột gói riêng từng vị. Khi dùng pha rượu vừa đủ để làm thành bột nhão. Trình tự pha: trước tiên quế hồi, rồi thiên niên kiện, huyết giác, dây đau xương, bạch cập.

Nếu không có phản ứng thì để hết thời gian nẹp. Nếu ngứa có thể 10 ngày thay thuốc. (Kinh nghiệm của lương y Bùi Xuân Vạn - Thanh Hóa).

* Lá tâm gửi	100g
Lá gấc	30g
Gạch non giã vụn	15g

Tất cả giã mịn. Thuốc dàn đều trên lá bàng hoặc lá chuối (hơ nóng cho mềm) đắp quanh chỗ gãy, ngoài đắp bẹ chuối, nẹp tre và buộc lại để 3 ngày. Sau đó thay bằng những lát củ nâu mỏng vừa thái nhựa còn dính, đắp xung quanh trên và dưới chỗ gãy, nẹp tre 3 ngày. Sau đó bỏ thuốc để nẹp tre, tập cử động và xoa bóp bằng rượu xoa bóp ở trên. (Kinh nghiệm của lương y Nguyễn Văn Vinh).



Thuốc uống: có thể uống thuốc 1 trong 2 bài sau.

* Phòng phong	8g	Độc hoạt	8g
Tục đoạn	12g	Đại hoàng	8g
Sa nhân	8g	Xuyên quy	4g
Huyết giác	12g	Thiên niên kiện	5g
Rượu	1000ml		

Ngày uống một chén con trước khi đi ngủ.

* Lá móng tay	12g	Tô mộc	12g
Ngải cứu	12g	Nghệ	8g
Huyết giác	12g		

Sắc uống hàng ngày, uống 2 tuần đến khi hết phù nề. (Kinh nghiệm Viện y học cổ truyền Việt Nam)

Chú ý: hiện nay do điều kiện Khoa học công nghệ phát triển, hầu như các cơ sở ngoại khoa không dùng phương pháp dùng nẹp bó cố định đoạn xương gãy. Song nếu có thể nên kết hợp dùng thuốc uống để đẩy nhanh quá trình hấp thu ở máu tụ và làm can xương, rút ngắn thời gian điều trị.

7. Rắn độc cắn

Khi bị rắn cắn cần làm các việc sau đây:

– Ngăn không cho nọc lan toả: buộc garô trên các vết thương 3-5cm bằng các dây có thể có được ngay lúc đó (khăn tay, dây lưng...) không cần buộc quá chặt.

– Lấy nọc độc ra: đến chỗ sáng, xem vết thương. Lấy tóc (1 sợi) căng thẳng kéo qua lại chỗ cắn để lấy răng phụ của rắn ra. Sau đó, rạch rộng vết thương, rồi lấy máu ở vết thương ra bằng cách: nặn máu, giác... hoặc dùng các chất có sức hấp thụ như: gạo nài (củi thành từng khúc 2cm đốt tồn tính, để kín chống ẩm), dán chặt vào vết thương đến khi tự bong ra (Nam Bộ), hoặc dùng hạt đậu lòi: bỏ đôi hạt đậu, dán chặt vào vết cắn (Tây Bắc).

– Phá huỷ nọc rắn độc.

Thuốc uống và đắp:

a. Dùng một trong các cây thuốc:

- Cây xương cá (kinh nghiệm của Bệnh viện y học dân tộc Vĩnh Phú).
- Rễ cây cà gai leo.
- Lá bồ cu vẽ.

- Lá vông vang.
- Hoa và lá nghệ rằm.
- Lá sồi.
- Lá sắn dây.

Thường là lấy 1 nắm, nhai kỹ nuốt nước, còn bã đắp vào vết thương.

b. Hoặc dùng

- Phèn chua 0,5g, phèn phi 0,5g tán bột mịn, trộn đều hoà với nước, uống nước, và đắp vào vết thương 1 giờ 1 lần, làm 3-5 lần.

- Bột hùng hoàng 1g, rượu trắng 20ml, trộn đều. Uống 15ml rượu, đắp vào vết thương bông gạc có tẩm 5ml rượu còn lại. Sau 5 phút nới garô lần 1, uống tiếp 0,5g bột hùng hoàng với 10ml rượu. Sau 45 phút nới garô lần thứ 2.

Sau 60 phút nếu tiến triển tốt, uống nước đường và ủ ấm. (Kinh nghiệm Quân y F50).

Điều trị vết loét hoại thư chỗ rấn cắn.

Lá mả quạ tươi, bỏ cọng già đắp trực tiếp.

Lá ớt chỉ thiên già vắt lấy nước, hoà với mật lợn đun sôi để nguội, tẩm gạc đắp chỗ loét, thay băng ngày 1 lần.

Cần theo dõi tử mủ. Nếu biến chuyển xấu cần dùng thuốc trợ tim, trợ hô hấp, kết hợp y học hiện đại và chuyển tuyến trên.

Phụ chú:

- Rết to cắn cùng cần phải buộc garô và chích nặn máu ra như rấn cắn, đồng thời có thể lấy tỏi già đắp vào hoặc vôi ăn trầu bôi vào hoặc ốc sên nhỏ già nát đắp vào chỗ vết thương.

- Gián đất chui vào lỗ tai, bệnh nhân rất khó chịu, nhức nhối, đau ghê gớm. Để bệnh nhân nằm nghiêng nhỏ và giọt cồn hoặc rượu, gián sẽ chui ra.

8. Sa trực tràng, lòi dom (thoát giang)

a. Nếu dom lòi ra: phải đẩy vào. Để bệnh nhân nằm nghiêng hoặc chống hông lên cao, 2 đầu gối thu vào ngực, dùng dầu vừng hoặc parafin bôi vào dom, bảo bệnh nhân há miệng thở nhẹ đều. Lấy 2 ngón tay đi găng hoặc lót gạc sạch bôi dầu nhờn đưa dom vào. Trẻ em có thể dùng băng dính băng sát 2 bên hậu môn, cho nằm nghỉ, nếu đại tiện cho nằm đại tiện.

Nếu dom lòi ra lâu ngày phải rửa thuốc rồi mới đẩy dom lên.

* Búp ổi (hay nụ sim)	30g
Hột sà sàng	20g
Lá dâm bụt	2 nắm



Nấu lấy một bát nước đặc, lấy bông thấm rửa chỗ dom lòi ra.

b. *Châm cứu*: bách hội, trường cường. Có thể thêm túc tam lý, thừa sơn.

c. *Đắp thuốc ở huyết bách hội*: lấy 5 hạt thầu dầu tía, giã sống đắp vào huyết bách hội, băng lại để trong 2 giờ.

9. Châm tê

a. *Phương pháp thao tác châm tê*: sau khi châm kim vào đúng vị trí huyết, nói chung về kim 120-180⁰, tần số 120-160 lần/phút (hoặc dùng máy điện châm xung điện 120-180 lần/phút). Sau 30 phút thì bắt đầu mổ được. Trong khi phẫu thuật, thường về kim hoặc điện châm liên tục, ngừng phẫu thuật mới thôi.

b. *Những điều cần chú ý*:

– Châm tê là một phương pháp vô cảm để mổ, cũng cần có tiền mê như các phương pháp vô cảm khác. Trước khi mổ 30 phút tiêm bắp dolargan 1/2 đến 1 ống 0,10g. Nếu mổ vào nội tạng, để giảm tiết dịch có thể dùng atropin 1/4mg tiêm bắp trước mổ 30 phút. Khi mổ vào các vùng thần kinh hoặc một số bộ phận đau nhiều như các màng, bó mạch thần kinh, có thể phối hợp phong bế novocain 0,5-1% lượng nhỏ hơn bình thường.

– Có khoảng 1/10 bệnh nhân châm không tê, cho nên thầy thuốc gây mê hồi sức cần sẵn sàng áp dụng các phương pháp vô cảm khác khi cần (kể cả biện pháp gây mê hiện đại).

– Phẫu thuật trong châm tê yêu cầu phẫu thuật viên nhanh, nhẹ, vững vàng và chuẩn xác, dụng cụ phẫu thuật sắc.

c. *Huyết châm tê trong một số phẫu thuật thường dùng để*

Bộ phận	Tên phẫu thuật	Công thức huyết	Ghi chú
Mắt	Mổ quặm	Hợp cốc hai bên Dương bạch hai bên	Mỗi huyết dương bạch nối với 1 cực điện, khi mổ bên mắt nào ngừng kích thích huyết bên đó để không có hiện tượng rung cơ nơi mổ.
	Mổ lác	Hợp cốc, nội quan (2 bên) dương bạch xuyên ngư yêu, tứ bạch xuyên thừa khắp (bên mổ)	Mỗi huyết dương bạch và tứ bạch nối vào cực điện. Khi mổ mắt bên nào ngừng kích thích huyết bên mắt đó.
Hầu họng	Cắt amidan	Hợp cốc (hoặc thủ tam lý) nội quan, liêm tuyến	

Cổ	Cắt bướu cổ	Hợp cốc, nội quan (2 bên), phù đột (2 bên)	
	Soi dạ dày	Hợp cốc, nội quan (1 bên hoặc 2 bên)	
	Soi thực quản	Như trên	
Bụng	Cắt dạ dày	Túc tam lý, thượng cự huyệt (1 bên), thiên khu (2 bên châm luôn kim dưới da dọc đường mổ)	
	Cắt ruột thừa	Túc tam lý, tam âm giao, thái xung (1 bên), gài kim hai bên đường mổ	
	Mổ thoát vị bẹn	Túc tam lý, tam âm giao gài kim (1 bên), gài kim 2 bên đường mổ	
	Mổ đẻ	Túc tam lý, tam âm giao hai bên đường mổ	
	Nạo thai	Tam âm giao, thái xung hoặc tam âm giao, lậu cốc	
	Cắt u tiền liệt tuyến	Túc tam lý, tam âm giao (2 bên)	
Chân tay	Nắn bó gãy xương	Huyệt trên và dưới ổ gãy. Chi trên: nội quan, hợp cốc. Chi dưới: túc tam lý, tam âm giao	Khi bắt đầu kéo nắn thì ngừng kích thích bên gãy, tiếp tục kích thích bên lành đến khi kết thúc.

Chú ý: hiện nay nhiều cơ sở ngoại khoa không dùng châm tê để mổ. Tuy nhiên nếu ở trường hợp cần mổ mà không thể dùng phương pháp vô cảm hiện đại thì nên dùng châm tê để mổ cho bệnh nhân.

10. Giải quyết rối loạn thông thường sau mổ bằng châm cứu

- Nấc*: nội quan, trung quản, thái xung, hợp cốc, khí xá.
- Ho (do đặt nội khí quản)*: nội quan, thiên đột, đản trung.
- Bí tiểu tiện*: trung cực, khúc cốt, âm giao.
- Bí trung tiện*: túc tam lý, trung quản, thiên khu, hợp cốc.
- Trướng bụng*: túc tam lý, thiên khu, trung quản, khí hải.
- Mất ngủ*: bách hội, nội quan, túc tam lý, tỉnh minh.
- Sốt vừa hoặc sốt cao*: hợp cốc, khúc trì, đại chùy, thiếu thương.
- Mạch không đều, hoặc huyết áp tụt*: nội quan, điểm tuyến thượng thận ở loa tai.
- Châm giảm đau sau mổ*
 - Mổ cổ ngực: nội quan, hợp cốc.
 - Mổ mật gan: thái xung, dương lăng tuyến.

- Mổ dạ dày ruột: tức tam lý, thượng cự hư.
- Mổ xương.
 - + Chi trên: hợp cốt, hậu khê.
 - + Chi dưới: thái khê, tuyệt cốt.
- Mổ sinh dục, tiết niệu: tam âm giao, thái xung.
- Mổ lách: công tôn.

Châm cứu: nói chung đều vê mạnh, lưu kim 20-30 phút cứ 5 phút lại vê 1 lần 1-2 phút.

Nếu dùng xung điện: kích thích liên tục 20-30 phút.

Chú ý: sau mổ xong 45-60 phút mới châm, (nếu dùng châm để giải quyết các rối loạn trên, giúp bệnh nhân chóng hồi phục hơn).

11. Chết đuối

Cấp cứu: trước tiên dốc ngược nạn nhân để nước ở dạ dày, phổi ra, làm sạch mồm miệng, kéo lưỡi ra nếu lưỡi thụt (nên làm thật nhanh).

Châm ngay huyết hội âm, tố liêu; nội quan, dũng tuyền, thái uyên, hậu khê, tức tam lý (quan trọng nhất là hội âm rồi lần lượt các huyết sau). Bệnh nhân ngừng thở phải làm hô hấp nhân tạo liên tục 2-4 giờ.

II. ÁP DỤNG TRONG NỘI KHOA

1. Cảm và cúm

Thường chia ra 2 thể: phong hàn và phong nhiệt

a. Thể phong hàn: sốt nhẹ, không mồ hôi, ngạt mũi, nước mũi trong, đờm loãng, rêu lưỡi mỏng trắng, mạch phù.

Phép chữa: tân ôn giải biểu.

Dùng một trong các bài thuốc sau: uống xong đắp chăn cho ra mồ hôi.

- Nước cháo nóng, tía tô, hành, gừng (có thể thêm hạt tiêu, 1 lòng đỏ trứng gà) quấy đều, uống nóng. **Chú ý:** nước cháo coi là nước thuốc, không dùng cháo đặc.

- Gừng tươi 1 củ, gọt sạch vỏ, giã nát, thêm đường cho một ít nước sôi vào, chắt ra để ấm uống cho ra mồ hôi.

* Lá tía tô	15g	Vỏ quýt	10g
Kinh giới	10g	Cúc tần	10g
Hương nhu	10g	Gừng tươi	3 lát

(Hoặc tô tử, vỏ quýt 12g, cam thảo dây 12g, củ gừng 12g. Hành tằm 8g, gừng 8g).



Đun sôi 15 phút.

Nếu đầy bụng nôn ọe thêm hậu phác, hoắc hương, bán hạ, mỗi thứ 10g hoặc nhai một ít gừng và muối dẫn nước (hoặc châm rồi cứu túc tam lý, nội quan, trung quản). Nhức đầu nhiều thêm mạn kinh 12g, bạch chỉ 8g (hoặc châm phong trì, ấn đường, bách hội).

b. Thể phong nhiệt: sốt thường cao, hơi sợ gió, đau đầu, có mồ hôi, khát nước, chảy nước mũi đặc, nước đái vàng rêu lưỡi vàng mỏng, mạch nhanh.

Phép chữa: tân lương giải biểu.

Dùng một trong các bài thuốc sau:

* Cỏ chỉ thiên	20g	Cam thảo đất	10g
Lá cối xay	20g	Bạc hà	10g
Gừng tươi	3 lát		

Đun sôi 15 phút

* Kim ngân	16g	Cam thảo đất	12g
Kinh giới	8g	Bạc hà	8g
Lá tre	16g	Đun sôi	15 phút

Châm cứu: đại chùy, hợp cốc, ngoại quan, phong trì.

Nếu sốt cao: thiếu thương, khúc trì.

Nếu ngạt mũi: nghinh hương.

Nếu ho: liệt khuyết.

- Thể phong nhiệt châm về kích thích mạnh, rồi rút kim ngay.
- Thể phong hàn có thể châm rồi cứu các huyệt đại chùy, khúc trì. Mỗi lần lấy 3-4 huyệt.

Xông: lá sả, lá tía tô, kinh giới, bạc hà, lá bưởi, mỗi thứ 1 nắm, đun sôi, xông trong 5-10 phút cho ra mồ hôi đều (dùng cho thể phong hàn).

Chú ý: châm tốt có thể giúp hạ sốt và giảm nhanh các triệu chứng.

2. Cảm nắng

Người phơi nắng gắt bị thử nhiệt (nắng nóng) tác động gây nên.

Đưa ngay bệnh nhân vào chỗ râm mát, cởi lỏng quần áo và quạt nhẹ.

Phép chữa: giải thử thanh nhiệt.

Nếu cấp cứu: châm cứu bách hội, nhân trung, trung xung, đại chùy, ủy trung. Nếu sốt cao: khúc trì, hợp cốc, giản sử.



Thuốc:

– Lấy ngay 1 nắm lá tre, 1 nắm lá sắn dây giã vắt lấy nước cho uống, và sau đó có thể tiếp tục một trong các bài thuốc sau:

* Rau má tươi	12g	Lá tre	12g
Lá hương nhu	16g	Củ sắn dây	12g sắc uống.
* Lá hương nhu	20g	Biển đậu	20g
Quả dành dành	12g	Hậu phác	20g
Rau má	20g - sắc uống.		
* Hoạt thạch	36g	Tán mịn mỗi lần uống 4g,	
Cam thảo	6g	3 giờ 1 lần.	

Phòng cảm nắng: (nấu cho tập thể khi lao động ngoài trời nắng).

* Lá tre	100g	Thổ phục linh	100g
Sắn dây	25g	Hương nhu	100g
Mạch môn	25g	Sâm đại hành	50g
Cam thảo đất	100g	Bạch chỉ	25g
Sinh địa	25g		

Nấu trong 20 lít nước sôi, thay nước uống.

Chú ý: uống nước này có thể bổ sung lượng nước thoát ra bằng đường mồ hôi và giảm ra mồ hôi so với uống nước khác.

3. Viêm họng đỏ và viêm amidan cấp

Y học cổ truyền cho là nhiệt ở ngoài kết hợp với nhiệt của phế vị xông lên họng sinh ra.

Phép chữa là thanh nhiệt tuyên phế.

Châm cứu: hợp cốc, khúc trù, thiên đột (nếu viêm họng), giáp xa (nếu viêm amidan). Vê kim kích thích mạnh 5 phút, rồi lưu kim 20-30 phút. Có thể châm nặn máu thiếu thương.

Thuốc: dùng một trong các bài thuốc sau, sắc uống 1-3 ngày.

- Sài đất tươi 100g rửa sạch, thái nhỏ sắc uống.
- Chỉ thiên tươi 150g x 3 ngày.
- Cỏ nhọ nồi tươi 50g x 3 ngày.
- Rau má tía 30g x 3 ngày.

– Sinh địa 20g, sài đất 20g, hoa kim ngân 8g (dây 20g), cam thảo dây 12g, thổ phục linh 12g, mạch môn 12g.

– Lá rẻ quạt 1 miếng độ 2cm. Muối ăn vài hạt. Ngâm, nhấm nuốt nước dần trong 1 phút nhỏ ra. Chỉ ngâm 1 lần.

– Huyền sâm 12g, cát cánh 6g, thăng ma 6g, mạch môn 12g, cam thảo 4g. Sắc uống.

– Lá chua me đất 20g, muối ăn 2g, giã nhỏ trộn đều ngâm nuốt dần.

Viêm họng hạt mạn tính: do âm hư phế táo (có khi kèm phong kiêm nhiệt). Phép chữa là tư âm dưỡng phế.

* Sinh địa	20g	Bổ chính sâm	12g
Huyền sâm	10g	Cam thảo dây	8g
Mạch môn	8g	Thổ phục linh	8g
Bách bộ	8g	Lá chanh	8g
Vỏ rễ dâu	8g	Bạc hà	8g
Gừng tươi	6g		

Sắc uống mỗi ngày 1 thang, uống 5 ngày liền. Cũng có thể sử dụng các bài thuốc ở trên.

Tự làm hàng ngày: xát vùng gáy lưng và xoa vùng ngực.

4. Hen phế quản

Y học cổ truyền gọi là chứng hạo, cơ thể nguyên có đờm, gặp tà khí làm đờm cản trở đường khí gây nên. Phân ra: chữa cơn hen và chữa bệnh hen.

Chữa cơn hen: cơn hen do đờm khí giao trở, tắc đường khí làm khí mất thăng giáng.

Phép chữa: tuyền phế hóa đờm.

Châm cứu (có biểu hiện chứng hàn thì cứu sau khi châm) suyễn tức, định suyễn, chiêm trung (đản trung). Có ho thêm thiên đột, xích trạch. Có đờm nhiều thêm phong long. Có ngực đầy tức thêm nội quan. Bội nhiễm thêm đại chùy, khúc trì.

Thuốc: có thể dùng một trong các bài thuốc sau:

– Hút thuốc lá bằng hoa cà độc dược khô thái nhỏ, hút độ bằng nửa điếu thuốc lá.

* Bán hạ chế	40g
Chỉ xác	28g
Phèn phi	32g



Tán, rây mịn. Người lớn uống 8g với rượu. Trẻ em uống từ 2-4g tùy tuổi.

* Đậu xanh sao	2kg	Hùng hoàng	0,6kg
Đinh hương sấy khô	0,8kg	Bột cóc	2kg

(cóc bọc đất đốt thành than tồn tính).

Tán nhỏ, rây mịn, với nước hồ làm viên 0,10g.

Người lớn mỗi lần uống 3 viên, ngày 2 lần. Trẻ em 10-15 tuổi mỗi lần uống 2 viên. Ngày 2 lần.

* Lá dâu	20g	Bạc hà	8g
Mạch môn	20g	Rễ lau	16g
Cam thảo dây	12g. Sắc uống		

Chữa bệnh hen: thường do phế, tỳ, thận hư. Phép chữa bổ tỳ, phế, thận.

Thể tỳ hư: kém ăn, mệt mỏi, có thể phù nhẹ, mặt vàng kém tươi, rêu lưỡi trắng nhuận. Phép chữa bổ tỳ, ích khí.

* Sâm bổ chính (hoặc đảng sâm)	16g	Bạch truật	12g
Hoài sơn	12g	Củ sả	12g
Phục linh	12g	Vỏ quýt	6g
Cam thảo đất	16g	Bán hạ	4g. Sắc uống.

Châm cứu: túc tam lý, khí hải, trung quản, phong long.

Thể phế hư: ngắn hơi, đờm nhiều trong, ngại nói, sắc mặt trắng, hay cảm phong hàn. Phép chữa: ích khí bổ phế.

* Sâm bổ chính (hoặc đảng sâm)	16g	Vỏ quýt	4g
Tơ hồng vàng	16g	Quế chi	8g
Hoài sơn	12g	Hạt tía tô	6g
Bán hạ	4g	Gừng tươi	3 lát

Sắc uống, nếu bệnh nhân có triệu chứng nhiệt nhiều bỏ hạt tía tô thêm mạch môn 8g, trúc nhự 4g.

Châm cứu: phế du, chiên trung.

Thể thận hư: lưng đau, gối mỏi, thở ngắn hơi, thở gấp, ù tai, miệng khô họng ráo. Bàn tay bàn chân ấm, đái vàng ỉa táo, lưỡi hồng khô, mạch tế sắc. Đó là thận âm hư. Phép chữa: bổ thận âm.

* Thục địa	12g	Hoài sơn	12g
Tơ hồng xanh	30g	Lá táo	20g
Tơ hồng vàng	20g	Thổ phục linh	20g



THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Nếu chân tay lạnh, sợ lạnh, lưỡi nhạt, rêu trắng dày, mạch trầm tế vô lực, đó là thận dương cũng bị hư, dùng bài thuốc trên thêm: nhục quế 4g, ba kích 6g.

Phương pháp bổ chung cho 3 tạng tỳ, phế, thận.

Ăn trứng gà lộn hoặc vịt lộn thường xuyên.

Khí công (chủ yếu là luyện thở, tập thư giãn) kết hợp với tự xoa bóp (Xát nóng vùng gáy lưng cổ ngực hàng ngày).

5. Hội chứng dạ dày

Y học cổ truyền gọi là vị quản thống do dạ dày bị rối loạn gây nên.

Thường chia ra 2 thể chính:

a. *Chứng thực (khí trệ, can uất, huyết ứ)*: đau dữ dội thượng vị, đau lan ra sườn lưng, ợ hơi, ợ chua nhiều, rêu lưỡi mỏng trắng có khi khô, nôn ra chất chua, đại tiện táo, mạch sắc.

Phép chữa:

- Sơ can hoà vị (do khí trệ, ợ hơi nhiều, bụng đầy, bụng trướng).

* Sài hồ	12g	Thanh bì	8g
Rau má	12g	Chỉ xác	6g
Hương phụ	6g	Trần bì	6g

Sắc uống, chia 3 lần (sáng, trưa, chiều trước bữa ăn).

- Thanh hoá (do can uất: rêu lưỡi có khi vàng, ợ chua nhiều).

* Thanh bì	12g	Bồ công anh	12g
Rau má	16g	Lá khôi	16g
Chỉ xác	12g	Khổ sâm	12g
Hương phụ	12g	Ngải cứu	8g

Hoặc

* Rau má	20g	Cỏ hàn the	16g
Rau muống	20g	Cỏ nhọ nồi	20g
Rau sam	16g		

Đều sắc uống chia 3 lần trong ngày.

- Hành khí hoạt huyết (do huyết ứ: cơn đau dữ dội, có khi ỉa phân đen).

* Hương phụ	12g	Ngải cứu	12g
Ô dước	12g	Tô mộc	12g



Uất kim	6g	Hồng hoa	12g
Bồ công anh	12g		

Sắc uống.

Ợ chua nhiều gia mai mực 20g.

Chú ý: khi ỉa có phân đen cần đến bệnh viện để khám chữa.

b. Chứng hư (tỳ vị hư hàn): đau âm ỷ, thích chườm nóng, thích đồ ấm, chân tay lạnh, mệt mỏi, chất lưỡi nhạt, cạnh lưỡi có vết răng. Mạch trầm tế hoặc trầm trì. Phép chữa: ôn trung kiện tỳ:

* Sâm bổ chính (sao gừng hoặc đẳng sâm)	16g	Củ sả	8g
Bạch truật	12g	Vỏ quýt	6g
Sa nhân	6g	Can khương	4g
Vỏ dọt	8g	Cam thảo	6g
Sắc uống, nếu ợ chua thêm mai mực	20g		

Có thể uống thêm viên nghệ mật ong.

Cả hai thể có triệu chứng chảy máu có thể thêm trong bài thuốc: cỏ nhọ nồi (sao vàng) 30g, lá trắc bá (sao vàng) 20g, ngải cứu 20g.

Châm cứu:

– Khi có cơn đau:

Trung quản: vỗ mạnh, bệnh nhân có cảm giác chạy vào trong dạ dày. Thái xung: vỗ mạnh, 5 phút vỗ 1 lần, lưu kim 30 phút.

– Khi không có cơn đau:

Trung quản, nội quan, túc tam lý, thái xung.

Ăn uống, sinh hoạt: ăn phải nhai kỹ, tránh chất kích thích gia vị quá nhiều và các thức ăn dễ gây đau. Ăn xong cần nghỉ khoảng 30 phút rồi mới đi lao động. Sinh hoạt điều độ vui vẻ.

6. Thương thực

Y học cổ truyền gọi là thương thực do ăn uống quá độ, tỳ vị rối loạn gây nên.

Phép chữa: tiêu thực kiện tỳ.

Châm cứu: túc tam lý, trung quản, phong long.

Thuốc:

* Củ sả (hoặc lá sả)	12g	Gừng tươi	12g
Vỏ quýt	6g	Hậu phác	8g
		Sắc uống	



- * Củ gấu (sao cháy) 10 phần
Phèn phi 1 phần. Tán mịn, uống 6-8g
- * Củ gấu sao 12g Vỏ vối sao 12g
Chỉ xác 12g Vỏ quýt sao 12g
Vỏ dọt sao 16g. Sắc uống
- * Củ sả 12g
Vỏ quýt 16g
Sơn tra (sao cháy) 12g. Sắc uống

Nếu ỉa chảy thêm củ riềng 8g, búp ổi 12g sắc uống.

7. Ỉa chảy cấp

Y học cổ truyền gọi là bạo tiết, do hàn, hàn thấp, thấp nhiệt gây nên.

a. *Hàn thấp*: ỉa chảy nhiều nước, đau bụng lâm râm, không khát, không sốt. Phép chữa: tán hàn trừ thấp.

Thuốc:

- * Búp ổi 8g Củ riềng 8g (có thể thêm củ sả 12g)

Sao qua sắc uống.

- * Hoắc hương 15g Búp ổi 15g
Trần bì 15g

Tán nhỏ rây mịn. Người lớn 6-8g/l lần với nước sôi để nguội.

- * Nụ sim (hoặc búp ổi) sao vàng 100g
Vỏ dọt (sao) 50g Củ riềng (sao) 50g

Cứu: tức tam lý, thiên khu.

b. *Phong hàn*: có triệu chứng cảm phong hàn thêm đau bụng lâm râm, ỉa chảy. Phép chữa: giải biểu tán hàn, chỉ tả.

Thuốc:

- * Búp ổi 4g Gừng tươi 8g
Vỏ quýt sao 6g Củ sả 8g. Sắc uống.

Nếu có nôn: thêm hoắc hương 12g. Nếu đau đầu sốt thêm tử tô 6g.

- * Vỏ ổi sao 20g Quế chi 8g

Cứu: thiên khu. Châm: tức tam lý.

c. *Thương thực*: triệu chứng, cách chữa theo thương thực ở trên.

d. *Thấp nhiệt* (tương đương viêm nhiễm đường ruột).

Đau bụng nhiều, sốt, khát nước, phân thối, hậu môn nóng đỏ, mạch sắc.
Phép chữa: thanh nhiệt trừ thấp, chỉ tả.

Thuốc

* Mã đề tươi 80g Rau má tươi 80g
Cỏ nhọ nồi tươi 80g

Sắc đặc chia nhiều lần uống (có thể hoà đường cho dễ uống).

* Mã đề khô 20g Củ sắn dây 15g.
Cỏ nhọ nồi (khô) 10g. Sắc uống

* Mã đề 20g Rau má 20g
Củ sắn dây 30g Cam thảo dây 12g. Sắc uống.

Châm cứu: túc tam lý, thiên khu, hợp cốc (nếu sốt vừa) khúc trì (nếu sốt cao).

Chú thích: ỉa chảy có triệu chứng nhiễm độc, mất nước nặng phải kết hợp y học dân tộc với y học hiện đại.

8. Kiết lỵ (hội chứng lỵ)

Y học cổ truyền gọi là lỵ tật (bệnh lỵ).

Thể cấp tính do thấp nhiệt. Phép chữa: thanh nhiệt, trừ thấp, giải độc.

Thuốc:

* Cỏ nhọ nồi tươi 150g Bách bộ 12g
Lá mua tươi 80g (hoặc rau sam tươi) 80g Vỏ đại 4g
Lá đại thanh 30g (hoặc lá phượng vĩ 30g) Hạt cau 10g

Sắc đặc, chia nhiều lần uống trong ngày. Bài này có tác dụng với cả lỵ trực trùng và lỵ amíp.

* Cỏ nhọ nồi tươi 100g
Lá mơ lông tươi 100g (hoặc mơ tam thể)
Lá phượng vĩ tươi 100g (hoặc rau má)

(Nếu chỉ có 1 vị dùng 200g tươi). Sắc đặc chia nhiều lần uống trong ngày.

Nếu:

Nôn mửa thêm hoắc hương 12g
Trướng bụng thêm hậu phác 10g
Đái ít thêm bông mã đề 12g

* Cỏ sữa nhỏ lá	50g	Rau sam tươi	50g
Cỏ nhọ nồi	50g. Sắc uống.		
* Cỏ nhọ nồi	10g	Búp ổi	10g
Rau sam	10g	Lá nhót	10g
Cỏ sữa nhỏ lá	10g.		

Tán riêng từng loại thành bột mịn, trộn đều. Uống ngày 2-3 lần, mỗi lần 15g.

- Vỏ mướp hoa trắng cạo sạch vỏ 15g tán mịn. Ngày uống 3 lần, mỗi lần 5g (chứa lý amíp tốt).

- Châm cứu: túc tam lý, thiên khu, thượng cự huyệt, trung quản, hợp cốc (nếu sốt vừa), khúc trì (nếu sốt cao).

9. Sốt xuất huyết

Y học cổ truyền cho bệnh thuộc ôn nhiệt (ôn dịch) do nhiệt độc gây nên.

Phép chữa: thanh nhiệt giải độc, tư âm giáng hỏa (phải cho uống thuốc ngay từ khi sốt cao).

a. Bài thuốc:

* Kim ngân hoa	6g	Rễ cỏ tranh	12g
Cỏ nhọ nồi	12g	Hoè hoa	12g
Sinh địa	12g		

Sắc uống ngày 1 thang, trong 6 ngày.

* Đau đầu: gia bạch chỉ	8g	Cối xay	10g
Sốt cao: gia lá tre	12g	Thạch cao	8g

Hoặc

* Bột cỏ nhọ nồi	20g	Gia cối xay	20g
Táo bón: bột sinh địa	20g	Gia vỏ đại	8g
Nôn mửa: gia gừng tươi	8g	Hoắc hương	8g

Uống thuốc ta có hai cái lợi cho bệnh nhân, một là bù nước bệnh nhân tự hấp thu, hai là có thuốc điều hoà rối loạn và ức chế hoạt động của virus.

Tình trạng trụ tim mạch sẽ không xảy ra hoặc giảm nhẹ nếu được uống thuốc ngay từ đầu hoặc sau 1 ngày khi mới sốt.

b. Châm: huyết túc tam lý, khúc trì, hợp cốc, đại chùy, nội quan, bách hội.

Khi có triệu chứng trụ tim mạch: châm nhân trung, nội quan (vê kim nhẹ). Thuốc uống (sắc): đẳng sâm (hoặc tu hồng sâm) 12g, ngũ vị tử 12g, mạch môn 12g, cam thảo 8g.



10. Viêm gan virus

Y học cổ truyền có chứng hoàng đản (vàng da) do thấp nhiệt tác động vào can đởm gây nên.

a. Thể cấp tính (dương hoàng)

Phép chữa: thanh nhiệt lợi thấp

Bài thuốc

* Nhân trần	30g	Dành dành	12g
Vỏ đại	10g (hoặc củ chút chút 8g)		

Sắc uống, ngày 1 thang,*trong 5-7 ngày.

Sốt nhiều thêm sài hồ 12g hoặc kim ngân 12g, cây chỉ thiên 12g.

Đái ít thêm mã đề 12g, tỳ giải 12g, râu ngô 12g.

Kém ăn thêm kê nội kim 4g, hậu phác 8g, hương phụ 8g.

* Nhân trần	40g		
Cam thảo đất	20g		
Nghệ vàng	30g		
* Rau má tươi	30g	Vỏ dọt	12g
Quả dành dành	16g	Tỳ giải	20g
Nhân trần	40g		

Sắc uống mỗi ngày 1 thang, trong 5-7 ngày.

Châm cứu: thái xung, dương lăng tuyền, kỳ môn, chi câu.

b. Thể mạn tính (âm hoàng)

Phép chữa: ôn hóa hàn thấp:

Bài thuốc:

* Nhân trần	30g	Gừng khô	8g
Cam thảo	12g	Quế tốt	4g
Ý dĩ	20g	Củ sả	10g. Sắc uống như trên

11. Giun chui ống mật

Y học cổ truyền gọi là hồi quyết (chân tay lạnh toát do giun).

Triệu chứng chính: đau quặn bụng, chống mông lăn lộn từng cơn, điếm mũi ứ và sườn lưng đau, mặt tái đi trong cơn đau.



Châm cứu: kỳ môn, nhật nguyệt, dương lăng tuyền, thái xung (vê kim nhẹ nhàng, đều đều) có thể châm mỗi ngày 2-3 lần.

Thuốc:

- Nước vôi nhĩ (vôi tôi để ăn trâu pha 100g/1 lít nước) uống 1 lần 500ml.
- Có thể nhai sống nuốt nước hoặc sắc uống hạt xuyên tiêu (cây sủng, hoàng lực *Zanthoxylum* sp, họ cam quýt Rutaceae), 7-14 hạt/ngày để yên giun.

Sau khi cơn đau giảm hoặc hết đau, 7 ngày sau có thể tẩy giun đũa.

12. Tẩy giun, sán

a. Tẩy giun đũa: hạt sử quân (quả giun) bóc bỏ vỏ cứng, màng mỏng, cắt 2 đầu nhọn, ăn sống.

Trẻ	1 tuổi	1 hạt
	2 tuổi	2 hạt
	3 tuổi	3 hạt
	7 tuổi	5 hạt
	Người lớn	10 hạt

Ăn khi đói, không phải dùng thuốc tẩy, ăn cơm bình thường. Tác dụng phụ: đôi khi nấc. Cách chữa: châm huyết cưu vĩ, nội quan, hợp cốc.

b. Tẩy giun kim: lá lộc ốt tươi 40g (còn gọi đơn ốt, đơn ăn gói) nấu canh với thịt cá, ăn theo bữa cơm chiều cả cái cả nước. Giun kim sẽ ra sáng hôm sau.

c. Tẩy sán sơ mít

- Hạt cau già 50-60g thái mỏng, cho vào 600 ml nước, sắc còn 200ml, để ấm, uống 1 lần vào buổi sáng khi đói. Trẻ em dưới 10 tuổi bằng 1/2 liều người lớn. Khi cần thiết có thể cho uống thêm 20g thuốc tẩy muối.

- Hạt bí ngô: bóc bỏ vỏ cứng để nguyên màu xanh ở trong, cần đủ 100g nhân, giã nhỏ thêm vào 50g đường, ăn lúc đói 1 lần hết, sau 3 giờ uống thuốc tẩy muối 30g (magiê sulfat 30g).

* Rễ lựu	50g	Hạt bí ngô	50-150g
Hạt cau già	50g		

Cách dùng: rễ lựu thái nhỏ sao vàng, hạt cau già thái mỏng sắc lấy 150ml nước thuốc. Hạt bí ngô lấy nhân bỏ vỏ. Uống thuốc sắc hạt cau buổi sáng lúc đói. Uống xong ăn hạt bí ngô. Khi mót ỉa ngòi ỉa vào chậu có nước ấm 37°C để tạo điều kiện cho ra hết sán (cả đầu).



13. Viêm cầu thận cấp

Y học cổ truyền gọi là chứng dương thủy do phong hàn phạm phế gây nên. Phép chữa: khu phong hành thủy.

Thuốc:

* Vỏ bí đao	40g (hay lá cối xay 40g)		
Rễ cỏ tranh	12g (hay xa tiền tử 12g)		
Củ sả	12g	Gừng tươi	8g
Ngải diệp	12g		
* Bèo cái	16g	Rễ cỏ tranh	16g
Kinh giới	12g	Ích mẫu	12g
Ngải diệp	12g		

Nếu có sốt gia kim ngân 20g, có cao huyết áp gia cúc hoa, câu đằng 12g; nếu có mụn nhọt thêm ké đầu ngựa, bồ công anh, kinh giới mỗi thứ 12g. Mỗi ngày 1 thang đến khi bệnh khỏi.

* Lá tía tô	20g	Hành ăn	12g
Cam thảo đất	12g	Lá chanh	10g
Lá tre	8g	Gừng tươi	12g

Sắc uống lúc đói, trùm chăn cho ra mồ hôi.

– Ngải cứu 50g sắc uống mỗi ngày.

Nếu bệnh lui chậm phải dùng thường xuyên nước sắc ý dĩ, rễ cỏ tranh, xa tiền tử 1-3 tháng. Bệnh nhân phải được nghỉ ngơi nuôi dưỡng đầy đủ, kiêng muối.

14. Viêm bàng quang cấp

Bệnh thuộc chứng lâm của y học cổ truyền. Do thấp nhiệt tại bàng quang gây nên.

Phép chữa: thanh nhiệt lợi thấp.

Thuốc:

* Sài đất	30g	Tỳ giải	10g
Bồ công anh	20g	Cối xay	15g
Ké đầu ngựa	15g	Mã đề	15g
Thổ phục linh	10g		

Sắc uống ngày 1 thang, trong 3-5 ngày.

– Mã đề tươi 200g sắc uống thay nước trong ngày.



THƯ VIỆN
HUBT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

* Rễ cỏ tranh	30g	Cỏ nhọ nổi	100g
Râu ngô	20g sắc uống		

Châm cứu: trung cực (hoặc khúc cốt) tam âm giao, trung đô (hoặc thái xung). Cách châm: kích thích mạnh khúc cốt, trung đô, tam âm giao, lưu kim 15-20 phút, 5 phút về kim 1 lần.

15. Thấp khớp (phong thấp)

Y học cổ truyền gọi là chứng tý, do phong hàn thấp thừa hư xâm nhập vào kinh lạc gây nên.

Để tiện cho việc điều trị có thể chia hai loại: loại nhẹ (không có tiêu chuẩn chẩn đoán) và loại có sưng khớp nhiều, có hạn chế vận động.

a. Loại nhẹ: chỉ đau nhức xương khớp, không sưng, thỉnh thoảng có khó chịu khi vận động hoặc khi thời tiết thay đổi.

Thuốc:

* Lá lốt	20g	Cỏ xước	20g
Cành dâu	20g	Cà gai	20g
Ngải cứu	10g		

Sao qua, sắc uống mỗi ngày 1 thang, 5 ngày liền. Có thể củng cố kết quả bằng nấu canh lá lốt với lạc ăn trong 7 ngày.

* Cà gai leo	12g	Ngưu tất	16g
Lá lốt	12g	Ngải cứu	12g
Mắt thông	16g		

Sắc uống ngày 1 thang lúc còn hơi nóng và lúc đói. Phụ nữ có thai không dùng.

b. Loại có sưng khớp, hạn chế vận động vì đau.

Thuốc:

* Hy thiêm	20g	Thỏ phục linh	20g
Mã đề	20g	Thủy xương bồ	10g
Rễ cỏ xước	40g	Lạc tiên	20g

Sắc đặc, mỗi ngày 1 thang, uống 1-10 ngày liền.

Gia giảm:

- Nếu đau di chuyển từ khớp này sang khớp khác là do phong nhiều (phong thắng - gọi là hành tý). Phép chữa: khu phong là chính, tán hàn trừ thấp là phụ. Bài thuốc trên thêm hy thiêm 40g, kinh giới 12g

- Nếu đau nhiều, sợ lạnh, ử nóng dễ chịu, đó là hàn thắng (gọi là trước tý). Phép chữa: tán hàn là chính, khu phong trừ thấp là phụ. Bài thuốc trên thêm ngải cứu (sao vàng) 12g, thiên niên kiện 12g, quế chi 12g.

- Nếu đau ê ẩm, người nặng nề tê mỏi, kém ăn là thấp thắng (gọi là thống tý). Phép chữa: trừ thấp là chính, khu phong tán hàn là phụ. Bài thuốc trên gia củ dứa đại 20g, ý dĩ 40g, tỳ giải 20g.

- Nếu sưng nóng đỏ đau nhiều khớp, sốt, miệng khô rêu lưỡi vàng dày, mạch nhanh đó là thể thấp nhiệt độc. Phải thanh nhiệt trừ thấp giải độc (thường tương đương với thấp khớp cấp). Bài thuốc trên gia kim ngân dây 30g, củ dứa đại 20g, hạ khô thảo 20g.

- Nếu khớp bàn chân sưng nề đau không đi được: lá lốt 1 nắm, ngải cứu 1 nắm sắc. Xông hơi thuốc, sau đó ngâm chân vào nước thuốc, kết hợp với xoa bóp nhẹ.

Châm cứu:

- Đau chi trên: các huyết dương trì, dương cốc, dương khê, thêm một số huyết sau tùy theo vị trí đau.

+ Ở vai thêm kiên ngưng.

+ Ở khuỷu thêm khúc trì, xích trạch.

+ Ở cổ tay, bàn tay thêm ngoại quan, hợp cốc, a thị.

- Đau chi dưới: côn lân, giải khê, dương phụ và thêm một số huyết sau tùy vị trí đau.

+ Ở mông thêm hoàn khiêu.

+ Ở mắt ngoài đùi thêm phong thị.

+ Ở gối thêm túc tam lý, dương lăng tuyền, độc tỵ.

+ Ở cổ chân thêm bát phong.

- Đau lưng và cột sống: thân trụ, yêu dương quan, thận du, cách du, a thị.

Ngoài ra nếu thuộc hành tý thêm phong trì, cách du (châm rồi cứu). Thống tý thêm thận du, quan nguyên (cứu). Trước tý thêm túc tam lý. Thấp nhiệt tý thêm đại chùy, khúc trì (châm về kim mạch).

Chú thích:

- Đối với bệnh lâu ngày, mạn tính, cơ thể suy nhược hoặc người già yếu, hoặc do trong quá trình điều trị dùng nhiều thuốc ôn nhiệt và phong dược (thuốc trừ phong), khí huyết đã suy lại càng kém thêm, nên tùy theo tình hình phải bổ huyết, bổ can thận song song với khu tà (trừ tà).

– Những trường hợp hoạt động khớp bị hạn chế quá 3 tuần, khi đau đã đỡ, đã tạm ổn định nên áp dụng xoa bóp để phục hồi cơ khớp - xoa bóp với mức độ thích hợp. Sau đó thầy thuốc hướng dẫn cho bệnh nhân làm thể dục chữa bệnh.

16. Đau dây thần kinh hông

Y học cổ truyền có chứng yêu cước thống, có triệu chứng giống bệnh này.

Thuộc phạm trù chứng tý. Phép chữa khu phong, trừ thấp, hoạt huyết, giảm đau.

Thuốc:

* Lá lốt	16g	Đỗ trọng	16g
Thiên niên kiện	12g	Ngải cứu	8g
Củ ráy (sao)	12g	Lá thông	12g
Tô mộc	12g	Ngưu tất	12g
Cẩu tích	16g	Ý dĩ sao vàng	20g

Sắc uống lúc đói.

Châm cứu: hoàn khiêu, phong thị, ủy trung, thừa sơn, côn lân, dương lăng tuyền.

- Mới mắc bệnh: thì châm không cứu.
- Bệnh lâu: châm rồi cứu hoặc giác chùm lên kim. Khi rút kim ra được giọt máu là tốt.

17. Vẹo cổ do tư thế

Phép chữa: thủ cân hoạt lạc

Châm cứu: các huyết phong trì, đại chủy, đốc du hoặc kiên tĩnh, huyền chung (túc tuyết cốt), châm lưu kim 15-20 phút, 5 phút vê kim 1 lần. Mỗi ngày châm 1 lần.

18. Liệt dây thần kinh VII ngoại biên (liệt mặt)

Y học cổ truyền gọi là khẩu nhân oa tà, do phong trúng kinh lạc gây nên.

Phép chữa: khu phong tán hàn, thông kinh lạc.

Châm cứu: địa thương, giáp xa, ế phong, quyền liêu, tỉnh minh (bên liệt), hợp cốc (bên đối diện với bên mặt liệt). Mỗi ngày châm 1 lần, trong khi lưu kim (15-20 phút) cứu các huyết địa thương, giáp xa.



19. Tai biến mạch máu não

Y học cổ truyền gọi là trúng phong do phong trúng kinh, trúng tạng phủ gây nên.

a. Hôn mê nông (chứng bé):

Phép chữa: khai khiếu tỉnh thần.

Châm cứu: nhân trung (vê thật mạnh).

Thập tuyền: chích lần lượt từng huyết một.

Thuốc:

* Bồ kết (bỏ hạt, nướng vàng) 12g

Bán hạ sống 10g

Tán mịn (không có bán hạ chỉ dùng bồ kết cũng được), dùng bằng hạt đậu xanh thổi vào 2 lỗ mũi để gây hắt hơi làm tỉnh lại.

b. Hôn mê sâu (chứng thoát)

Phép chữa: hồi dương cố thoát.

Cửu: thần khuyết hoặc quan nguyên, khí hải đến khi ấm chân tay.

Thuốc:

* Nhân sâm 10g

Phụ tử chế 6g

Sắc lấy 100ml, chia uống làm 2 lần.

c. Di chứng: bán thân bất toại (liệt nửa người) kết hợp châm cứu, thuốc, vận động.

Châm cứu:

- Liệt mặt: châm như liệt dây thần kinh VII ngoại biên.
- Liệt tay: kiên ngung, khúc trì, thủ tam lý, dương trì, hợp cốc, bát tà.
- Liệt chân: hoàn khiêu, phong thị, phục thổ, tất nhãn, túc tam lý, giải khô, bát phong.

Thuốc: dùng ngay để khu phong

* Hoa kinh giới 10g phơi khô tán bột mịn

Rượu trắng 20ml.

Ngày uống 5g với rượu trắng (pha thêm nước sôi).

- Nếu do bệnh tim gây tắc mạch máu não dùng phương thuốc:

* Thục địa	Sơn thù	Ba kích
Thạch斛	Mạch môn	Nhục quế
Xương bồ	Nhục thung dung	Ngũ vị tử
Phụ tử	Viễn chí	Phục linh

Lượng bằng nhau, tán, mỗi lần uống 12g.

- Nếu do xuất huyết não hoặc nghẽn mạch não dùng

* Hoàng kỳ	12g	Thược dược	12g
Quế chi	12g	Sinh khương	24g
Táo (táo tàu hay đại táo của ta mới trồng được)			12g
Đỗ trọng	12g	Ngưu tất	12g
Địa long	12g.	Sắc uống.	

Xoa bóp vận động: hướng dẫn người bệnh hàng ngày.

Dùng tay lạnh tự xoa bóp và day những huyết châm cứu ở trên (bên liệt).

- Tập vận động: tập đi lại, tay lạnh giúp tay liệt vận động.

20. Tăng huyết áp

Bệnh thuộc phạm vi chứng huyền vạng đau đầu của y học cổ truyền, phần lớn do can dương thượng cương gây nên.

Phép chữa: bình can tiềm dương

Thuốc:

* Mạch môn	16g	Xa tiền tử	12g
Sinh địa	16g	Cúc hoa	10g
Dành dành	12g	Thảo quyết minh	12g
Hạ khô thảo	12g	Xương bồ	8g
Mộc thông	8g	Lá vông	16g.
Có thể thêm địa long	12g.	Sắc uống.	

Châm cứu: châm bổ thái khê, tam âm giao.

Châm tả nội quan, bách hội, thái xung, túc tam lý, ấn đường (chích nặn máu), thái dương (chích nặn máu).

21. Đái dầm

Y học cổ truyền gọi là di niệu, chủ yếu do khí của thận và bàng quang hư không quản lý được nước tiểu gây nên.

Phép chữa: ôn thận, điều chỉnh bàng quang.

Châm cứu: thận du (vê nhẹ) tam âm giao, trung cực (vê mạnh có cảm giác chạy đến quanh sinh dục ngoài).

Gỗ kim mai hoa, gỗ huyết trung cực và bàng quang du 50-100 cái/lần.

Thuốc:

* Kê nội kim	30g	Quế thông	10g
Tán bột mỗi ngày 5g, chiêu với nước ấm.			
* Củ mài sao	40g	Ích trí nhân (tẩm muối sao)	30g
Ô dược	30g	Tán mịn, mỗi lần uống	12g

22. Mất ngủ

Y học cổ truyền gọi là thất miện chủ yếu do tâm tỳ yếu và âm hư hoá vượng gây nên.

a. Tâm tỳ yếu: sắc mặt không tươi, người mỏi mệt, hồi hộp hay quên (có khi trống ngực), ngủ hay mê, dễ tỉnh, ăn kém, ăn không biết ngon, có khi đau bụng ỉa lỏng, lưỡi nhạt rêu trắng, mạch tế, nhược sắc.

Phép chữa: kiện tỳ dưỡng tâm, bổ khí huyết.

Thuốc:

* Bạch truật	8g (hay củ sả 8g)	Lá dâu non	12g
Hoài sơn	12g	Hà thủ ô	12g
Đảng sâm	12g	Táo nhân (sao đen)	8g
Phục linh	12g	Long nhãn	12g
Lá vông	12g		

Hai ngày sắc uống 1 thang, uống từ 7-10 thang.

* Bá tử nhân (sao)	20g	Lá dâu non	20g
Hoài sơn (sao)	40g	Lá vông	20g
Hạt sen (sao)	40g	Táo nhân (sao đen)	20g
Long nhãn	20g		



Các vị tán nhỏ làm hoàn bằng hạt đậu, ngày uống 2 lần, mỗi lần 2g.

Châm cứu: bách hội, túc tam lý, tình minh, nội quan, thần môn.

b. Âm hư hoả vượng: (thận âm hư, nên hư hoả bốc lên). Nhức đầu, tai ù, choáng váng, dễ bị tức giận, tân dịch ít, họng miệng khô, lưỡi đỏ, mạch tế sác.

Phép chữa: tư âm giáng hoả.

Thuốc:

* Vừng đen	12g	Lá dâu non	12g
Thục địa	8g	Lá vông	12g
Mạch môn	12g	Dây lạc tiên	12g
Vỏ núc nác	12g		

Hai ngày sắc uống 1 thang, uống 7-10 thang.

Châm cứu: bách hội, tình minh, nội quan, tam âm giao, thái khê.

23. Di tinh

Y học cổ truyền cũng gọi là di tinh và chia ra mộng tinh và hoạt tinh.

a. Mộng tinh do tướng hoả vượng.

– Nằm mộng thấy giao hợp mà xuất tinh, tai ù, lưng đau, nước tiểu vàng, mắt đỏ, lưỡi đỏ, mạch tế sác.

Phép chữa: tả tâm hoả.

Thuốc:

* Đậu đen	20g	Quả dành dành (sao)	12g
Hạt hoè	16g	Thục địa	20g
Tâm sen	8g	Khiếm thực	16g
Hạt sen	16g	Kim anh tử	12g

Sắc uống ngày 1 thang.

Châm cứu: nội quan, thái xung, tam âm giao, quan nguyên.

– Di tinh do thận âm hư: mắt hoa, ù tai, lưng mỏi, ít ngủ, lòng bàn tay bàn chân ấm, mạch trầm tế sác.

Thuốc: lục vị hoàn, hay bổ thận âm thêm khiếm thực, kim anh tử đều 12g.

Châm cứu: thận du, chí thất, quan nguyên, tam âm giao (kích thích trung bình). Mỗi ngày châm 1 lần, trong 7-14 ngày.

b. Hoạt tinh do thận dương hư: liệt dương, sắc mặt nhợt nhạt, mệt mỏi, lưỡi nhạt, lòng bàn tay bàn chân lạnh, mạch trầm nhược.

Thuốc: bổ thận dương hay bát vị hoàn thêm khiếm thực, kim anh tử đều 12g

Châm cứu: thận du, mạch môn, tam âm giao, quan nguyên

24. Mụn nhọt

Y học cổ truyền gọi là ung thư do cảm phải khí độc, trong người nóng, nhiệt kết với độc tà gây nên.

Phép chữa: thanh nhiệt giải độc.

Thuốc:

* Sài đất	50g	Thổ phục linh	15g
Kim ngân	20g	Ké đầu ngựa	15g
Sinh địa	20g	Cam thảo	15g.

Sắc 2 nước, chia nhiều lần uống. Mỗi ngày 1 thang trong 5-7 ngày.

- Những trường hợp nhẹ, để phòng bệnh có thể dùng nước sắc dây kim ngân hoặc hãm hoa kim ngân uống hàng ngày thay nước.

Châm cứu:

- Khúc trì, đại lăng, kiên ngung, túc tam lý, ủy trung, huyết hải, châm lưu kim 15-20 phút, kích thích mạnh.

25. Nổi mào đay

Y học cổ truyền gọi là ẩn chẩn phong chẩn, do phong hàn, phong nhiệt hoặc ăn phải thức ăn của cá gây nên.

Phép chữa mào đay trắng do phong hàn: tán phong hàn, hoà dinh vệ.

* Quế chi	8g	Kinh giới	8g
Bạch thược	8g	Phòng phong	8g
Tô diệp	12g	Sinh khương	2 lát
Ma hoàng	6g	Táo	4 quả

Phép chữa cho mào đay đỏ do phong nhiệt: sơ phong thanh nhiệt lương huyết

* Kinh giới	8g	Thạch cao	30g
Phòng phong	8g	Đơn bì	12g
Vỏ ve sầu	8g	Xích thược	12g
Sinh địa	20g		



Dùng cho cả hai thể mảy đay trắng và mảy đay đỏ

* Phù bình	20g	Thổ phục linh	20g
Thương nhĩ tử	20g	Kim ngân	20g
Kính giới	20g	Ké đầu ngựa	20g
Đơn răng cửa	20g	Đơn tướng quân	20g
Đơn mặt trời	20g	Cam thảo	8g

Nếu đau bụng thêm diên hồ sách

Nếu do ăn uống thêm sơn tra 12g, thần khúc 12g hoặc hương 12g

Châm cứu: khúc trì, huyết hải, phong thị.

Có ỉa chảy đau bụng thêm túc tam lý, tam âm giao.

26. Chàm

Y học cổ truyền gọi là thấp chẩn, có cấp tính và mạn tính. Cấp tính do thấp nhiệt là chính, mạn tính còn có huyết hư.

Phép chữa chàm cấp tính: thanh nhiệt lợi thấp.

* Kim ngân hoa	20g	Long đởm thảo	12g
Thổ phục linh	12g	Hoàng bá	12g
Tỳ giải	12g	Xích thược	8g
Ý dĩ sống	20g	Trạch tả	12g
Hoàng bá	12g	Mộc thông	6g
Đơn bì	12g		

Phép chữa chàm mạn tính: dưỡng huyết khu phong.

Bài thuốc trên thêm

* Sinh địa	12g	Đương quy	12g
Xích thược	8g	Xuyên khung	8g
Bạch chỉ	12g		

Thuốc bôi: vỏ núc nác 40g, nghệ vàng 20g sao khô tán mịn rây kỹ, lấy bột mịn trộn với dầu vừng vừa sền sệt, rửa sạch tổn thương ở da, thấm cho khô rồi bôi thuốc.

Thuốc rửa: vỏ núc nác 50g, khổ sâm 50g, hương nhu 50g, đổ 1 ít nước đun sôi kỹ để nước ấm nóng rửa.



27. Viêm da thần kinh

Y học cổ truyền gọi là ngư bì tiền, do phong nhiệt vào da, lưu lại lâu ngày làm huyết bị khô không nuôi dưỡng được da, da thành dày khô.

Phép chữa: dưỡng huyết khu phong chỉ ngứa.

* Hoàng kỳ	12g	Cúc hoa	12g
Bạch truật	12g	Kim ngân	12g
Phòng phong	12g	Sinh địa	12g
Kinh giới	8g	Đương quy	12g
Vỏ ve sầu	8g	Xuyên khung	8g
Xích thực	8g		

- Thuốc bôi: vài quả trứng gà cho vào lọ đổ dấm ngâm 1 tuần, bỏ vỏ trứng, còn lại giã mịn để bôi vào tổn thương ở da ngày nhiều lần.
- Dầu vùng, đậu đen hấp (5%) làm thành cao mềm 5% bôi ngày nhiều lần.
- Châm cứu: châm 4 huyết quanh tổn thương, khúc trì, huyết hải, đại chùy, tam âm giao (đều châm tả).
- Khi rút kim, nặn máu 4 huyết quanh tổn thương.
- Gõ kim hoa mai quanh bờ tổn thương sau đó cứu ấm chỗ tổn thương 10 phút.

28. Mỡ máu cao

Y học cổ truyền thấy ở người béo phì, có đờm thấp trệ có những biểu hiện như người có mỡ máu cao.

Phép chữa: nếu trong người nóng khát, bụng trướng đầy, nước tiểu vàng (có thấp nhiệt): thanh nhiệt lợi thấp.

* Sinh thảo quyết minh	10-15g	Phục linh	10-12g
Lá sen	10-12g	Cúc hoa	10-12g
Trạch tả	10-12g	Ý dĩ	10-15g
Râu ngô	10g		

Phép chữa nếu có chân tay mệt mỏi, ăn kém, bụng trướng, ho đờm, nhân nhão (có tỳ hư thấp trệ): Kiềm tỳ hòa vị hóa thấp khứ đờm:

* Trần bì	12g	Trúc nhự	12g
Bán hạ	12g	Nam tinh	8g
Phục linh	12g	Uất kim	8g
Cam thảo	12g	Hạnh nhân	12g



* Bán hạ	12g	Đan sâm	8g
Qua lâu bì	12g	Sơn tra	12g
Mạch nha	12g (hạ cả cholesterol và triglycerid)		
* Cam thảo	12g	Trạch tả	12g
Cẩu kỷ tử	12g	Sơn tra	12g
Sài hồ	8g	Hồng hoa	6g

(nâng cao lipoprotein có trọng lượng cao).

Châm: túc tam lý, phong long, thái xung, khí hải, trung quản.

29. Bệnh thống phong

Y học cổ truyền cũng có bệnh thống phong tương tự bệnh thống phong của y học hiện đại.

Phép chữa ở giai đoạn cấp: thanh nhiệt thông lạc, tiết trọc hóa uất.

* Ngân hoa dây	16g	Uy linh tiên	12g
Cốt khí	12g	Đương quy	12g
Thổ phục linh	12g	Đào nhân	8g
Phục linh	12g	Hồng hoa	8g
Sinh ý dĩ	12g	Trạch lan	8g
Xa tiền tử	12g		
* Thương truật	12g	Phòng kỷ	12g
Hoàng bá	12g	Ngưu tất	8g
Ý dĩ	12g	Ngân hoa	12g

Phép chữa ở giai đoạn mạn: bệnh kéo dài, có lắng đọng tinh thể urát: tiết trọc hoá ứ, thông lạc làm hết tắc.

* Xuyên ô	6g	Mộc thông	12g
Thảo ô	6g	Quế chi	8g
Tế tân	6g	Ý dĩ	12g
Uy linh tiên	12g	Đương quy	12g
Thổ phục linh	12g	Xích thực	8g
Tỳ giải	12g	Đào nhân	8g

(Những bài thuốc trên có tác dụng hoạt huyết đề phòng lắng đọng, trừ đờm, thấp ứ trệ và lợi tiểu để giảm đờm thấp (có thể liên quan với giảm acid

uric) và lợi tiểu đưa đờm thấp ra ngoài (có thể liên quan với tăng thải acid uric ra ngoài).

30. Sỏi tiết niệu

Y học cổ truyền gọi là Sa lâm, Thạch lâm.

Phép chữa: bài sỏi, thông tiểu tiện, cầm máu.

* Kim tiền thảo	16g	Bạch mao căn	16g
Vỏ mè gà, (vỏ mè vịt)	12g	Sinh địa	12g
Xa tiền tử	16g	Cỏ nhọ nồi	30g
* Rau má	20g	Râu ngô	30g
Rau sam	20g	Lá tre	30g
Thài lài tía	20g	Sinh địa	12g
Cam thảo	12g	Cỏ nhọ nồi	30g

Châm: thận du, bàng quang du, trung cực, thái khê, thái xung.

Y học hiện đại có các phương pháp giải quyết sỏi tốt, nhanh. Song không tránh được tái phát. Thuốc YHCT giải quyết sỏi chậm, song có khả năng giảm được tái phát vì thuốc có tác dụng trừ thấp nhiệt và tống thấp nhiệt (nguyên nhân gây ra sỏi) ra ngoài bằng tiểu tiện. Vì vậy sau khi chữa bằng y học hiện đại có thể dùng thuốc cổ truyền để giảm tái phát.

31. Sỏi mật

Phép chữa khi không có triệu chứng lâm sàng: sơ can hoà vị, lý khí thông ú.

* Hoàng cầm	12g	Thanh bì	12g
Chỉ xác	12g	Trần bì	8g
Nhân trần	20g	Bạch truật	12g
Sài hồ	8g	Kim tiền thảo	20g

Phép chữa khi có đau sườn, sốt, vàng da: thanh nhiệt lợi thấp, lợi mật.

* Hoàng cầm	12g	Đại hoàng	8g
Chi tử	12g	Mộc hương	8g
Nhân trần	20g	Uất kim	8g
Chỉ thực	12g	Kim tiền thảo	20g
Ngân hoa	12g		

Châm: dương lăng tuyền, túc tam lý, thái xung, nội quan.

Y học hiện đại có các phương pháp giải quyết sỏi tốt, song không ngăn được tái phát. Thuốc y học cổ truyền giải quyết sỏi chậm, song có khả năng bị mật tốt, viêm thoái hoàng tốt, vì vậy sau khi dùng YHHD rồi nên dùng thuốc cổ truyền để giảm tái phát.

32. Viêm phế quản mạn

Y học cổ truyền xếp vào loại khái khẩu do đàm ứ lại ở phế gây nên

Phép chữa: tuyên phế hóa đàm chỉ ho

* Tô tử	8g	Hạnh nhân	12g
Trần bì (vỏ quýt)	8g	Bán hạ	8g
Phục linh	8g	Cam thảo	8g

Nếu hay ra mồ hôi, sợ gió sợ lạnh thêm:

* Hoàng kỳ	12g	Bạch truật	12g
Phòng phong	12g		

Nếu ăn kém, bụng trướng, phân lỏng nhão thêm:

* Đảng sâm	12g	Bạch truật	12g
Gừng	3 lát	Cam thảo	12g

Nếu đàm nhiều trắng loãng hoặc có bọt dễ khạc thêm

* La bạch tử	12g	Bạch giới tử	10g
Gừng:	3 lát	Hậu phác	12g

Châm cứu: dẫn trung, thiên đột, đại chùy, phong long.

Châm bổ phế du, tỳ du, thận du, túc tam lý.

33. Viêm phổi

Y học cổ truyền gọi là phong ôn phạm phế, phế nhiệt khái thấu, do ôn nhiệt tà phạm phế gây nên.

Phép chữa ngay từ giai đoạn đầu: thanh nhiệt tuyên phế hóa đàm

* Vỏ rễ dâu	12g	Kim ngân hoa	12g
Kinh giới	8g	Hạnh nhân	12g
Bồ công anh	16g	Tiên hồ	8g
Hạ khô thảo	8g	Cát cánh	12g
Ké đầu ngựa	8g	Cam thảo	6g



THƯ VIỆN
HUYẾT

TÀI LIỆU PHỤC VỤ THAM KHẢO NỘI BỘ

Nếu sốt cao không hạ, cánh mũi phập phồng thêm: hoàng liên 10g, hoàng cầm 10g, lá dấp cá 12g, thạch cao 24g, chỉ tử 12g.

Nếu đờm nhiều thêm hạt bí đao 12g, qua lâu nhân 12g.

Nếu táo bón thêm chi thực 8g, đại hoàng 8g

Nếu đau ngực thêm uất kim (dải nghệ vàng) 12g, đào nhân 12g.

Nếu vã mồ hôi hột, chân tay lạnh không sờ được mạch hàng ngày: nhân sâm 9g (hãm), phụ tử 6g (sắc) rồi hoà lại uống ngay.

Nếu có mê sảng: tê giác 2-4g mài uống.

Phép chữa khi sốt cao đã hết song còn sốt nhẹ, còn đờm ở trong họng: ích khí dưỡng âm, tuyên phế hóa đờm.

* Lá tre	12g	Mạch môn	12g
Thạch cao	24g	Bán hạ chế	12g
Sa sâm	10g	Cam thảo	4g
Gạo tẻ	20g		

Phép chữa ở giai đoạn phục hồi, lúc này hoặc âm ở phế vị bị hư, hoặc tỳ khí hư.

Phép chữa khi âm ở phế vị hư với biểu hiện chủ yếu mồm khô, ho khan, dễ ra mồ hôi trộm: dưỡng âm ở phế vị

* Sa sâm	12g	Thạch hộc	12g
Mạch môn	12g	Mạch nha	12g
Thạch hộc	12g	Cam thảo sống	6g
Hạt sen	12g	Trần bì	8g
Mạch nha	12g	Cát cánh	8g

Phép chữa khi tỳ khí hư với biểu hiện chủ yếu là ăn uống kém, tiêu hóa kém: kiện tỳ hoà vị

* Đảng sâm	12g	Trần bì	8g
Bạch truật	12g	Bán hạ	8g
Bạch linh	12g	Sa nhân	8g
Cam thảo	12g	Mộc hương	8g

Châm cứu: nhĩ châm thần môn, giao cảm, phế, bình suyễn. Thể châm: đại chùy, đản trung, xích trạch, liệt khuyết, hợp cốc, phong long. Nếu tiêu hóa kém thêm túc tam lý, trung quản.

34. Tâm phế mạn

Y học cổ truyền cho vào phạm trù của đờm ảm, chứng suyễn, thủy thũng, tà khí, ảnh hưởng đến phế tâm tỳ thận gây nên.

1. Phép chữa khi ho đờm nhiều, khí đoản khó thở, hơi vận động là khó thở tăng, sợ lạnh ra mồ hôi; ôn phế hoá đờm, bình suyễn.

* Quế chi	8g	Trần bì	12g
Phục linh	16g	Hậu phác	8g
Bạch truật	12g	Đương quy	12g
Tô tử	12g	Tiền hồ	12g
Bán hạ	12g	Cam thảo	4g

Nếu có môi xanh tím thêm hồng hoa 8g, xích thược 8g

Nếu đờm ít mà thở khó mệt mỏi, tự ra mồ hôi nhiều thì bỏ hậu phác, tiền hồ, thêm đảng sâm 12g, hoàng kỳ 12g.

2. Phép chữa khi có phù chân, chân nặng, nước tiểu ít, tim đập, không nằm để thở được: ôn dương lợi thủy, kiện tỳ hóa đờm.

* Phụ tử	12 (sắc kỹ trước)	Quế chi	8g
Can khương	6g	Trạch tả	16g
Phục linh	16g	Trư linh	16g
Bạch truật	16g	Xa tiền tử	16g
Bạch thược	16g	Trần bì	12g
Bán hạ	12g		

3. Phép chữa khi có vã mồ hôi, chân tay lạnh, sờ mạch không rõ: hồi dương cứu nghịch:

* Nhân sâm	9g (hãm).
Phụ tử	6g sắc hoà với nhau uống ngay.

4. Vì người yếu dễ nhiễm trùng cần nâng cao sức chống đỡ, tim yếu dễ suy tim nặng cần bảo vệ tim, dùng thuốc sau:

* Hoàng kỳ	30g	Bạch truật	60g
Phòng phong	30g		

Tán mịn mỗi lần uống 6-9g bằng nước sôi để nguội, uống hàng ngày để nâng sức chống đỡ.



* Đẳng sâm	12g	Đương quy	12g
Mạch môn	12g	Đan sâm	8g
Ngũ vị tử	6g	Chỉ thực	8g

Uống từng đợt để bảo vệ tim

Châm cứu: tâm du, phế du, thận du, nội quan, thần môn, khí hải, tam âm giao.

Nhĩ châm: tâm, phế, thần môn, giao cảm.

35. Trần dịch màng phổi (do bệnh ở phế gây nên)

Y học cổ truyền gọi là huyền ẩm, do ẩm tích ở hung hiệp (ngực sườn) gây nên công năng của phế bị rối loạn.

Phép chữa: giải biểu ôn phế hóa ẩm, chỉ ho bình suyễn.

Bài thuốc trị viêm màng phổi có nước (thuốc nam và châm cứu)

* Trang bạch bì	1kg	Hạt tía tô	500g,
Hạt rau dlay	600g		

Tán mịn mỗi lần uống 4g, ngày 2 lần với cháo ý dĩ - uống liền 100 ngày.

Nếu ngực đau nhiều: thêm uất kim 9g, đào nhân 9g

Nếu ho nặng thêm hạnh nhân 9g, bách bộ 9g

Ma hoàng	9g	Bạch thược	9g
Quế chi	6g	Can khương	3g
Cam thảo	6g	Bán hạ	9g
Tế tân	3g	Ngũ vị tử	3g

Sắc ma hoàng trước bỏ bột, lấy nước thuốc sắc với các vị khác.

Nếu uống xong ra mồ hôi, tiểu tiện, đại tiện có mùi nặng khắm là có kết quả. Vì màng phổi ở bán biểu bán lý, có thể đưa tà khí ra ngoài bằng giải biểu (ra mồ hôi) và chuyển hóa thành nước qua nước tiểu và phân ra ngoài.

III. ÁP DỤNG TRONG PHỤ KHOA

1. Kinh nguyệt không đều

Y học cổ truyền cho rằng bệnh do huyết có hàn, có nhiệt, huyết ứ, khí hư gây nên.

a. *Kinh nguyệt không đều*: tháng ít, tháng nhiều, tháng có, tháng không, đau bụng dưới trước hay sau khi thấy kinh.

Châm cứu: khí hải, quy lai, tam âm giao.

Thuốc:

* Ích mẫu	16g	Ngải cứu	12g
Hương phụ (tứ chế)	12g		

Sắc uống mỗi ngày 1 gói, uống liền 3-5 ngày trước khi hành kinh 5 ngày. Bài thuốc này có thể dùng cho phụ nữ sau khi đẻ gia thêm nhân trần 20g, bột ích mẫu 30g.

b. Để điều trị có kết quả hơn, chữa theo nguyên nhân

- Do huyết nhiệt: kinh nguyệt thường thấy trước kỳ, lượng huyết nhiều, màu sẫm, mùi hôi, đại tiện táo, tiểu tiện đỏ.

* Củ gấu (tứ chế)	12g	Cỏ nhọ nồi	30g
Sinh địa	16g	Cỏ roi ngựa	20g
Ích mẫu	16g	Rau má tươi	30g
Ngưu tất	12g		

Sắc uống mỗi ngày 1 thang.

Châm: thái xung, huyết hải, tam âm giao (châm để thanh huyết nhiệt).

- Do huyết hàn: kinh thường thấy sau kỳ mấy ngày, lượng huyết ít, sắc nhợt, da xanh, đau bụng âm ỉ, chườm nóng thấy dễ chịu.

* Củ gấu (tứ chế)	20g	Quế chi	12g
Ích mẫu	30g	Ngải cứu	20g

Gừng sao cháy (thần khương) 12g

Sắc uống mỗi ngày 1 thang.

Cứu huyết: khí hải, quan nguyên, tam âm giao, túc tam lý (cứu ôn hoà).

- Do khí huyết hư: kinh rối loạn, tháng trước kỳ, tháng sau kỳ, tháng có, tháng không, da xanh, người mỏi mệt, mất hoa, kém ăn, mất ngủ.

* Củ gấu (tứ chế)	16g	Cỏ nhọ nồi (sao vàng)	20g
Củ gai	12g	Bồ chính sâm hoặc đảng sâm	16g
Ích mẫu	16g	Ngải cứu (sao)	16g
Thục địa	20g		

Sắc uống mỗi ngày 1 thang. Châm huyết túc tam lý, tam âm giao, quan nguyên, khí hải.

- Do huyết ú: hàng tháng kinh thấy chậm lại, sau kỳ, lượng huyết ít, màu thâm hoặc đen, có khi có hòn cục, bụng đau tức, ấn vào càng đau, đại tiện thường táo.

* Củ gấu (tứ chế)	16g	Lá mận tươi (trạch lan)	12g
Ngải cứu	12g	Chỉ xác	12g



Ích mẫu 16g Nghệ xanh 16g

Tô mộc 12g

Sắc uống mỗi ngày 1 thang.

Châm huyết: trung cực, trung đô, huyết hải.

2. Kinh đau (thống kinh)

Y học cổ truyền cho rằng kinh đau do khí trệ, huyết ứ và huyết khí hư gây nên.

Trước hoặc trong khi hành kinh đau quận bụng dưới.

a. Chứng thực: trước khi hành kinh đau quận bụng dưới, thường có tức ở sườn ngực. Kinh ra có hòn cục, màu tím sẫm, mạch trầm huyền do khí trệ huyết ứ gây nên.

Châm cứu: châm quan nguyên, tam âm giao, khí hải, quy lai, châm trước hành kinh 1 tuần, cách ngày châm 1 lần, châm kích thích mạnh.

Thuốc: dùng bài thuốc chữa kinh nguyệt không đều do huyết ứ (ở phần trên).

b. Chứng hư: thường đau bụng dưới sau khi hành kinh, sắc mặt bệnh nhân xanh, tinh thần mệt mỏi, sợ lạnh, đau bụng chườm nóng đỡ, kinh ra loãng ít, màu nhạt, chất lười nhạt, mạch hư tế do hư hàn sinh ra.

Châm cứu: châm quan nguyên, tam âm giao, túc tam lý, thận du (kích thích nhẹ 15-20 phút) hoặc ôn châm, hoặc cứu.

Thuốc: dùng bài thuốc chữa kinh nguyệt không đều do huyết hàn (ở phần trên).

3. Khí hư (Đới hạ)

Y học cổ truyền gọi là đới hạ, chủ yếu do tỳ hư (khí huyết hư) và thấp nhiệt gây nên.

a. Bạch đới: khí hư màu trắng, loãng khi ra nhiều lưng đau mỏi, thường do khí huyết hư.

Phép chữa: bổ tỳ ích khí

* Đẳng sâm	12g	Hạt sen	12g
Trần bì	8g	Tỳ giải	12g
Ý dĩ sao	12g	Sa nhân	10g
Củ sả	12g		

Châm cứu: tam âm giao, khí hải, quan nguyên, túc tam lý, hành gian. Kích thích nhẹ. Mỗi lần châm 3 huyết, lưu kim 15 phút hoặc cứu: ấn bạch 15 phút.

Xích hoàng đới: khí hư có màu đỏ (lẫn máu) vàng đặc, có mùi tanh, bụng dưới thường đau, dải vàng, rêu lưỡi vàng. Khám phụ khoa có thể thấy viêm loét cổ tử cung, viêm âm đạo. Tại chỗ có thể đặt thuốc.

Phép chữa: thanh nhiệt, trừ thấp.

Thuốc:

* Kim ngân dây	20g	Bồ công anh	16g
Mộc hương	16g	Quả dành dành	12g
Vỏ núc nác	12g	Xa tiền tử	12g

Sắc uống mỗi ngày 1 thang, liên trong 6 ngày.

Châm cứu: châm tả hành gian, âm lăng tuyền, châm kích thích trung bình các huyết tam âm giao, túc tam lý, khí hải.

4. Nôn trong khi có thai

Thuốc:

* Phục kinh	12g	Vỏ quýt (sao thơm)	12g
Củ sả (sao)	10g	Gừng sống	8g
Tinh tre	10g		

- Nếu mệt mỏi thêm đảng sâm (bổ chính sâm) 16g, Bạch truật 12g.
- Nếu hàn nhiều, ăn không tiêu thêm sa nhân 10g
- Nếu nhiệt nhiều, ợ chua, cồn cào thêm dành dành (sao) 10g, rau má 16g.

Sắc uống hoặc tán mịn, mỗi lần dùng 8g, ngày uống 2 lần.

Châm cứu:

Nội quan, trung quản, khí xá, Túc tam lý, phong long.

5. Động thai máu ra nhiều

Thường do khí huyết hư nhược.

Phép chữa: an thai chỉ huyết

(Những trường hợp không có chỉ định ngoại khoa).

Thuốc

* Ngải cứu	20g	Trắc bách diệp	20g
Cỏ nhọ nồi	20g (Sao cháy đen)		
Cành tía tô	20g	Củ gai	12g

Sắc đặc uống 1 lần.

Khi máu đã bớt.

Phép chữa: ích khí dưỡng huyết an thai

* Đảng sâm	12g	Đương quy	8g
Đỗ trọng	8g	Bạch thược	8g



Thục địa	12g	Bạch truật	6g
Chích thảo	6g	Trần bì	4g

6. Thúc đẻ

Châm có thể tăng cường cơ bóp tử cung làm cổ tử cung mở nhanh hơn.
 Các huyết thường dùng: khi chưa có cơn co: châm bách hội, dương lăng tuyền;
 Khi đã có cơn co: châm tam âm giao, thái xung.

7. Thiếu sữa

Sau đẻ 43 giờ, nếu sữa ít, có thể do hai nguyên nhân:

a. Khí huyết kém: cơ thể suy nhược, vú không căng tức, sữa rất ít.

Phép chữa: bồi bổ khí huyết.

Thuốc: chân giò lợn 1 cái, gạo nếp 100g hầm với các thứ sau:

Móng chân giò lợn 30 cái, cạo sạch sao với cát cho phồng.

Đu đủ non (gọt bỏ vỏ) 100g

Lá sung tạt 100g (không có cũng được)

Hầm cho thật nhừ ăn hết.

Châm cứu: dẫn trung, nhũ căn, thiếu trạch, tỳ du, túc tam lý.

Cách châm cứu: dẫn trung, nhũ căn mũi kim châm hướng về phía vú, kích thích nhẹ. Dẫn trung châm xong có thể cứu, ôn châm.

b. Do can khí uất kết: cơ thể khỏe, vú căng tức.

Phép chữa: sơ can giải uất thông sữa.

* Thanh bì	8g	Chi tử	8g
Sài hồ	8g	Hương phụ	12g
Cam thảo	4g		

8. Tắc tia sữa - đau vú

Châm cứu:

Châm: kiên tĩnh, nhũ căn, dẫn trung, túc tam lý, a thị (kích thích mạnh)

Thuốc:

* Bồ công anh 100g Rau má 80g

Sắc uống mỗi ngày 1 thang, trong 3 ngày liền.

Thuốc đắp: bồ công anh, nắm giã nhỏ đắp vào chỗ đau.

- Lá chè vàng 1 nắm giã nhỏ, đắp vào chỗ đau.

- Củ ráy tươi (vừa đủ) giã nhỏ, đắp vào chỗ đau.
- Củ gấu tươi (vừa đủ) giã nhỏ, đắp vào chỗ đau.

Chú ý: phải nặn hết sữa hoặc hút hết sữa để ngăn quá trình sữa ứ lại làm mủ.

9. Rong kinh, rong huyết sau đặt dụng cụ tránh thai

Y học cổ truyền không có bệnh này. Song theo lý xuất huyết ở đây là do huyết ứ.

Phép chữa: hoạt huyết khứ ứ để cầm máu

* Ích máu	16g	Tô mộc	8g
Trạch lan	12g	Cỏ mực	20g
Kê huyết đằng	20g		

Mỗi tháng uống 6-12 thang (trong 1 đến 3 tháng) sau khi đặt vòng (kinh nghiệm Viện y học dân tộc).

Nếu: khí hư ra nhiều thêm bông mã đề 12g, bạch chỉ 6g

Khí huyết hư: thêm hà thủ ô 8g

Châm cứu

Huyệt trung cực, tam âm giao, tử cung (ở loa tai).

(Kích thích trung bình 10-15 phút, mỗi tháng 7 lần trước ngày hành kinh, trong 3 tháng).

IV. ÁP DỤNG TRONG NHI KHOA

1. Suy dinh dưỡng

Y học cổ truyền có cam tích, chủ yếu do tỳ vị bị tổn thương và có trùng tích gây nên.

Phép chữa: kiện tỳ, tiêu tích

Thuốc

Viên cam cóc (Viện Đông y)

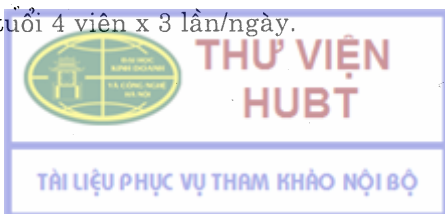
* Bột cóc	100g	Chuối tây	40g
Bột lòng đỏ trứng gà	20g		

Chế thành viên nén 2g

Trẻ dưới 1 tuổi 2 viên x 3 lần/ngày.

Trẻ 1-2 tuổi 3 viên x 3 lần/ngày.

Trẻ 2-4 tuổi 4 viên x 3 lần/ngày.



Nếu có thêm ỉa chảy

Phòng đẳng sâm 50g (hay bố chính sâm 50g)

Hoài sơn 100g Ý dĩ 100g

Bạch truật 50g (hay củ sả 50g) Mạch nha 100g

Hạt cau 25g Vỏ quýt 25g

Tất cả các vị đều sao vàng tán bột mịn trộn đều quấy với bột ăn mỗi ngày 16-20g. Nếu không ăn được bột phải luyện với kẹo mạch nha làm viên ăn mỗi ngày 16-20g (chia 3 lần).

Châm cứu: châm các huyết túc tam lý, quan nguyên, thân trụ, tứ phùng. Cách châm tứ phùng: 2 ngày châm 1 lần, mỗi lần châm 1 tay, dùng kích thích nặn cho được nước vàng chảy ra.

Nhĩ châm vùng tỳ vị, mỗi ngày châm một bên.

2. Rối loạn tiêu hóa kéo dài

Y học cổ truyền gọi là cứu tiết, chủ yếu do tỳ hư hoặc thương thực gây nên tỳ hư cam tích.

a. Thể tỳ hư

Phép chữa: bổ tỳ

* Ý dĩ	100g	Hoài sơn	100g
Liên nhục	100g	Đảng sâm	100g
Bạch biển đậu	100g	Sa nhân	20g
Trần bì	20g	Nhục đậu khấu	30g
Cốc nha	30g		

Chế dạng cốm: trẻ 1-3 tuổi uống 6-8g, hai lần/ngày.

Khi đã hết rối loạn tiêu hóa thì ngừng thuốc.

b. Thể tỳ hư cam tích

Phép chữa: tiêu cam, lý tỳ.

* Lá trạch lan	40g	Sa nhân	40g
Liên nhục	100g	Ô tặc cốt	60g
Ý dĩ	200g	Hoài sơn	200g
Thảo quyết minh	80g sao	Sử quân tử	80g

Chế dạng cốm. Trẻ 1-3 tuổi uống 6-8g x 2 lần/ngày.

3. Tưa lưỡi

Y học cổ truyền gọi là nga khẩu sang, do nhiệt phục ở thai nhi bốc lên lưỡi.

Lưỡi trẻ con có cấn trắng làm trẻ khó bú, khó ăn.

Thường dùng nhất là đánh tưa lưỡi:

Thuốc:

*Phèn chua phi 10g Bằng sa 10g Thanh đại 10g

Tán mịn, dùng gạc hay bông quấn vào đầu đũa, tẩm nước rồi chấm vào bột thuốc lau hoặc đánh ở miệng và lưỡi trẻ (chỗ có cấn trắng) ngày 2-3 lần. Sau khi bú xong, phải làm sạch sữa cặn ở lưỡi, cho nước tý một cho bé uống cho sạch miệng.

4. Ho gà

Y học cổ truyền là bách nhật khái, chủ yếu do phong hàn bó chặt phế, uất lại ở phế hóa nhiệt gây nên ho cơn.

a. Thời kỳ bắt đầu

Phép chữa: tuyên phế bằng thuốc cay nóng

* Lá tre tươi	6g	Lá tía tô	12g
Lá xương xông	10g	Lá hẹ	12g
Lá chanh	3 lá	Lá xương xông	12g
Nghệ già nướng	3 lá	Vỏ quýt	10g
Rau má	10g	Cam thảo	8g
Gừng sống	2 lát		

Sắc uống sau bữa ăn 1 giờ.

* Lá chanh, lá táo mỗi ngày 1 nắm, sắc uống.

b. Thời kỳ ho cơn (nhiệt uất ở phế)

Phép chữa: tuyên phế tiết nhiệt

* Lá chanh	300g (6g)	Phèn phi	5g
Rau sam tươi	1000g (12g)	Rau má tươi	1000g (12g)
Lá tía tô	500g (8g)	Địa liên	300g (6g)
Vỏ rễ dâu (tẩm mật ong)	1000g (12g)		

Đường kính vừa đủ.

* Vỏ rễ dâu	200g	Lá chanh	200g
Lá táo	200g	Búp khế	150g



Bách bộ	200g	Mạch môn	200g
Đường kính	200g		

Được liệu nấu với 6 lít nước, còn 1 lít lọc nước thuốc bỏ bã, cho đường quấy đều đun cho tan, bắc ra, cho phen phi quấy đều rồi đóng chai. Mỗi lần uống 40ml x 4 lần.

Nấu với 12 lít nước, lấy 4 lít. Trẻ 1-3 tuổi ngày uống 15-30ml hoặc sắc uống ngày 1 thang.

* Vỏ rễ dâu	12g	Ra máu	12g
Lá hẹ	6g	Lá xương xông	8g

Nếu ho ra máu thì dùng

* Vỏ rễ dâu sao vàng	12g	Rau má	12g
Cỏ nhọ nổi	20g	Bách bộ	8g
Xa tiền	20g	Hạnh nhân	8g
Kim ngân hoa	8g		

Sắc uống ngày 1 thang. Gia giảm:

Nôn, thêm nước gừng, trúc như sao 8g

Xuất huyết, gia quả dành dành (sao đen) 6g, rễ cỏ tranh 8g (hoặc cỏ nhọ nổi 8g, huyết dụ 8g).

* Sài đất	Dấp cá
Kim ngân	Lá vông,
Lạc tiên, mỗi thứ 20g sắc uống.	

* Kim ngân hoa	50g	Cỏ sữa to lá	200g
Lá táo	100g	Vỏ rễ dâu (tẩm mật sao)	100g
Lá chanh	100g		

Đường vừa đủ. Nấu thành 250ml xirô. Mỗi ngày trẻ uống 2 lần, mỗi lần 10ml.

c. Thời kỳ phục hồi (ho lâu làm tổn thương phế)

Phép chữa: dương phế, thanh phế

* Vỏ rễ dâu	12g (tẩm mật sao)	Cỏ nhọ nổi	12g
Rau má	12g	Chua me đất	12g
* Vỏ rễ dâu tẩm mật sao	12g	Thiên môn	16g
Bách bộ	12g	Mạch môn	12g

Sắc uống

Châm cứu: ngư tể, xích trạch, phong long, thiên đột, đại chủy.

Có sốt: châm thêm hợp cốc, hoặc khúc trì.

5. Sởi

Y học cổ truyền gọi là ma chẩn, chủ yếu do trong người có thai độc, lại cảm phải tà khí của dịch (nhiệt độc) gây nên.

a. Thời kỳ bắt đầu: chủ yếu làm nọc sởi xuất ra ngoài.

Phép chữa: giải cơ thấu biểu

* Lá dấp cá	16g	Rau giệu	16g
Đậu cộc rào	12g	Cam thảo đất	12g

Sắc còn 150ml, uống 3 giờ 1 lần cho hết.

* Lá nọc sởi	40g		
Sài đất tươi	100g	Kim ngân dây	20g

Sắc uống ngày 1 thang, trong 3 ngày liền.

* Kim ngân	12g	Sắn dây	12g
Bạc hà	12g	sắc uống	

* Dấp cá tươi 30g

Mùi tàu	20g	Riềng	6g (sắc uống).
---------	-----	-------	----------------

Nếu sởi chưa mọc dùng hạt mùi 6g giã hòa với rượu xoa toàn thân để giúp cho sởi chóng mọc.

b. Thời kỳ sởi mọc (độc sởi từ từ thấu ra ngoài)

Vẫn dùng các bài thuốc trên. Nếu không đỡ, sốt nóng dữ dội, khát nước, sởi đỏ sẫm, phải dùng phép chữa: giải độc thanh nhiệt.

* Lá tre	12g	Mạch môn	12g
Sa sâm	12g	Kim ngân	16g
Sài đất	16g	Sắn dây	12g
Cam thảo đất	16g hoặc	Cam thảo	6g

Sắc uống

Nếu vẫn không có kết quả, thở khó, cánh mũi phập phồng có biến chứng sưng phổi, cần kết hợp với y học hiện đại.

c. Thời kỳ sởi bay, phép chữa: bồi dưỡng tân dịch (do nhiệt tà làm âm bị tiêu hao)

* Sa sâm	12g	Củ mài sao vàng	6g
Cam thảo dây	8g (hoặc cam thảo sống)		
Củ sả	6g	Mạch môn	8g
Đậu đỏ (sao vàng)	12g	Lá đậu non	12g (sắc uống)

Châm cứu: để giải độc.

Đại chùy, khúc trì, hợp cốc, thiếu thương

6. Thủy đậu

Y học cổ truyền gọi là thủy bào, chủ yếu do phong nhiệt ở ngoài xâm nhập vào da kết hợp với thấp tà ở trong uất lại ở cơ phụ gây nên.

Là một chứng bệnh truyền nhiễm, ít biến chứng. Ở trẻ em khỏe mạnh: sau khi sốt một vài ngày nổi ban, nốt ban thành mụn nước nhỏ, có mụn mới mọc, có mụn đã vỡ. Bệnh sẽ lui dần.

a. Thời kỳ mới mọc 1-2 ngày đầu.

Phép chữa: sơ phong thanh nhiệt, trừ thấp giải độc

* Ngân hoa	12g	Lá tre	12g
Hoa kinh giới	8g	Rau giấp cá	16g
Quả dành dành	8g	Bạc hà	8g
Cam thảo sống	8g		

b. Thời kỳ đậu mọc đủ 3-4 ngày.

Phép chữa trừ thấp giải độc

* Ngân hoa	12g	Sinh địa	12g
Lá tre	16g	Vỏ đậu xanh	12g
Rễ lau	8g	Cam thảo	6g

c. Thời kỳ đậu xẹp (âm bị tổn thương, nhiệt độc chưa giải hết).

Phép chữa: dưỡng âm, thanh nhiệt giải độc

* Sa sâm	12g	Mạch môn	10g
Lá dâu	10g	Biến đậu	12g
Sinh địa	12g	Vỏ đậu đen	12g
Vỏ đậu xanh	12g	Cam thảo sống	6g

Nếu trẻ sốt cao lên, có thể là biến chứng sưng phổi, phải điều trị kịp thời.

d. Cách phòng biến chứng

* Kim ngân dây	20g	Sài đất	30g
----------------	-----	---------	-----

Sắc uống liền 3-4 ngày.

7. Hội chứng viêm não

Y học cổ truyền đưa vào phạm vi thủ ôn, phục thủ, do thủ nhiệt dịch lệ gây nên.

Trong điều trị nên kết hợp Y học dân tộc với Y học hiện đại. Về Y học dân tộc có thể dùng.

a. Đang cơn bệnh (độc tà đã vào dinh huyết).

Phép chữa: thanh dinh lương huyết

Thuốc:

* Kim ngân hoa	12g	Sinh địa	12g
Huyền sâm	12g	Thạch xương bồ	12g
Câu đằng	20g	Địa long (giun đất)	6g
Thạch cao song	40g	Mạch môn	20g
* Đại thanh diệp	20g	Bản lam căn	20g
Ngân hoa	20g	Liên kiều	12g
Hoàng cầm	12g	Lô căn	20g
Thạch cao	30g (sắc trước)	Cam thảo	6g

Mỗi ngày 1 -2 thang (bài thuốc kinh nghiệm).

Sắc đặc, ngày 1 thang, chia nhiều lần uống.

Châm cứu: châm các huyết bạch hội, đại chùy, nhân trung, nội quan, khúc trì, hợp cốc, túc tam lý, giải khê, thêm huyết chữa các triệu chứng khác thì cần thiết.

b. Thời kỳ bệnh lui (Khí âm bị nhiệt độc làm hao tổn)

Phép chữa: ích khí dưỡng âm

Thuốc:

* Sâm bổ chính (để sống)	8g	Mạch môn	12g
Sinh địa	8g	Cam thảo dây	4g

Kết hợp châm cứu

- Trí lực kém: châm bách hội, thiên trụ, nội quan, thần môn.
- Câm, nói ngọng: á môn, thông lý, liêm tuyền.
- Liệt mặt: địa thương, giáp xa, hợp cốc, ế phong.
- Liệt chi trên: kiên ngưng, khúc trì, thủ tam lý, ngoại quan, hợp cốc, bát tà.
- Liệt chi dưới: hoàn khiêu, phong thị, côn lân, dương lăng tuyền, thừa sơn, phục thổ, túc tam lý, giải khê, bát phong, giáp tích.

8. Di chứng bại liệt

Y học cổ truyền xếp vào chứng nuy, chủ yếu do tà khí (thủ thấp nhiệt độc) vào phế vị, rồi vào kinh lạc làm tổn thương mạch của cân cơ gây nên, sau đó để lại di chứng.

Châm cứu

Phép chữa: ôn thông kinh mạch là chính.

a. *Chi dưới liệt*: các huyết mệnh môn, dương quan, Hoa đà giáp tích từ thất lưng 1 đến thất lưng 5 và hoàn khiêu, bế quan, phục thỏ, túc tam lý, dương lăng tuyền, giải Khê, bát phong. Tập trung châm huyết ở cơ bị liệt, Ví dụ: liệt cơ tứ đầu đùi bế quan, phục thỏ... liệt cơ chày trước: túc tam lý, dương lăng tuyền...

b. *Chi trên liệt*: đại chùy, hợp cốc, bát tà. Nếu liệt cơ denta tập trung châm kiên ngưng, kiên liêu, nhu du.

Nếu liệt cơ 2 đầu tay, xích trạch, khúc trạch, thiên tuyền, nếu liệt nhóm cơ quay: khúc trì, thủ tam lý...

c. *Cơ bụng liệt*: trung quản, lương môn, thiên xu, khí hải.

Châm càng sớm càng tốt, kết quả càng hay. Ở trẻ nhỏ, châm vê mạnh, rút kim ngay.

d. *Nếu có khó thở, lập tức đưa đi cấp cứu (sợ liệt cơ hoành).*

Hướng dẫn gia đình xoa bóp và tập cho bệnh nhi.

Thuốc

Khi còn sốt, chưa có di chứng

Phép chữa: thanh phế nhiệt, sơ biểu

* Lá dâu (phơi trong râm)	20g	Thạch cao (nung)	20g
Mạch môn (sao)	16g	Vừng đen (sao)	16g
Bồ chính sâm (sao gừng)	16g	Thiên môn (sao)	20g

Sắc uống

Khi hết sốt, liệt mềm teo cơ (bắt đầu di chứng)

Phép chữa: thông kinh lạc, bổ can thận

* Yếm rùa (tẩm dấm 5-6 lần)	20g		
Thục địa	20g	Rễ cỏ xước	16g
Vỏ núc nác (tẩm rượu sao)	16g	Rau má	20g
Trần bì	12g	Sắc uống	

V. ÁP DỤNG TRONG NGŨ QUAN KHOA (MẮT MIỆNG MŨI TAI)

1. Viêm kết mạc (lây)

Y học cổ truyền gọi là thiên hành xích nhãn do phong nhiệt độc tà gây nên:

– Có thể dùng châm cứu: tình minh, thái dương, khúc trì, hợp cốc. Châm xong tình minh lưu kim, thái dương lưu kim, còn khúc trì hợp cốc châm xong vê mạnh rồi lưu kim 30 phút. Có thể dùng điện châm 20-30 phút. Ngày 1 lần. Thường sau 3 lần châm đã đỡ nhiều hoặc hết triệu chứng.

– Có thể dùng nước rửa mắt: lá dấp cá 6 lá hoặc lá dâu 6 lá, giã nát hoà với 200ml nước và 2g muối đun sôi để nguội lọc lấy nước rửa mắt.

– Có thể dùng lá dành dành một nắm rửa sạch giã lấy nước cốt để đông lại như thạch, đặt thuốc và gạc vô trùng gói lại đắp ngoài mắt băng lại để 1 giờ, ngày thay thuốc 2 lần.

– Có thể dùng bài thuốc sau:

* Hạ khô thảo	20g	Rau má	20g
Quả dành dành	08g	Hoa cúc	12g
Sắc uống			

2. Sụp mí trên

Y học cổ truyền gọi là Thượng bào hạ thủy

Phép chữa: ích khí thăng dương

* Hoàng kỳ	12g	Trần bì	8g
Đảng sâm	12g	Cam thảo	4g
Bạch truật	12g	Thăng ma	4g
Đương quy	8g	Sài hồ	4g

Châm cứu: tình minh, toán túc, ty túc không, đồng tử liêu, thái dương, túc tam lý. Mỗi lần châm 2-3 huyệt, mỗi ngày châm 1 lần. Châm càng sớm càng tốt, 10 lần là một liệu trình.

3. Đục thủy tinh thể

Y học cổ truyền gọi là ngân chướng (trong chứng viêm ế nội chướng).

Phép chữa: bổ ích can thận là chính.

* Thục địa	12g	Sơn thù	12g
Sinh địa	12g	Đơn bì	8g



Hoài sơn	12g	Phục linh	8g
Đương quy	12g	Sài hồ	8g
Trạch tả	8g	Ngũ vị tử	8g

(Bài thuốc này có thể dùng chữa quáng gà).

Tăng nhãn áp

Y học cổ truyền gọi là lục phong nội trưởng.

Phép chữa chủ yếu là: sơ can tả hỏa

* Đơn bì	8g	Bạch thược	8g
Chi tử	8g	Bạch truật	8g
Sài hồ	8g	Phục linh	8g
Đương quy	8g	Cam thảo	6g

Châm cứu: tình minh, thái dương, toản trúc, can du, đởm du, quang minh, thái xung.

Chú ý: bệnh diễn biến từ từ thường đau đầu nhất là lúc trong người nóng, ra nắng. Khi thấy ở bệnh nhân lớn tuổi, hay kêu đau đầu (mỗi mắt) nhất là lúc ra nắng, lâu không khỏi, cần kiểm tra nhãn áp. Có người không kiểm tra, nhãn áp ngày càng tăng có thể dẫn đến mù.

4. Loạn cảm ở họng

Y học cổ truyền gọi là mai hạch khí (có cảm giác như có hạt mơ ở cổ họng nuốt không vào, khạc không ra) do khí uất kết ở hầu họng, hoặc đờm khí uất kết ở hầu họng gây nên.

Phép chữa: tán uất khai kết, hóa đờm hành khí.

* Bạch linh	10g	Sa nhân	6g
Hậu phác	10g	Nam tinh	10g
Tô ngạnh	10g	Bình lang	6g
Bán hạ	10g	Thần khúc	10g
Trần bì	10g	Bạch đậu khấu	6g
Chỉ thực	10g	Sinh khương	3 lát.

Châm cứu: liêm tuyến, thiên đột, đản trung, túc tam lý, dương lăng tuyền.

5. Đau răng, sâu răng

Y học cổ truyền gọi là nha thống, xỉ khú, thường do hỏa nhiệt ở vị gây nên.

Phép chữa: thanh vị nhiệt

* Hoàng liên	12g	Sinh địa	6g
Đương quy	6g	Đơn bì	8g
Thăng ma	8g		

- Ngậm 1 miếng nhỏ hoàng liên (để giữa má và răng chỗ đau)
- Châm cứu: giáp xa, hạ quan, quyền liêu, hợp cốc, mũi kim hướng về chỗ đau. Châm tả lưu kim 30 phút. Ngậm hoàng liên còn có thể dùng cho loét miệng lưỡi, hôi miệng do tâm nhiệt, vị nhiệt.

6. Viêm mũi, viêm xoang mạn tính

Y học cổ truyền có bệnh tỵ trất (tắc mũi), tỵ uyên (mũi chảy liên tục) tương tự hai bệnh trên.

Ở trạng thái mạn tính thường là chứng hư.

Phép chữa: thường là bổ phế khí, tán phong hàn, thông khiếu.

* Hoàng kỳ	12g	Tân di hoa	12g (bỏ lông)
Bạch truật	12g	Bạc hà	6g
Phòng phong	12g	Cam thảo	6g
Thương nhĩ tử	12g	Cát cánh	6g
		Bạch chỉ	12g

Châm cứu: nghinh hương (thượng nghinh hương) ấn đường, phong trì, hợp cốc, liệt khuyết, ngoại quan. Mỗi lần lấy 2-3 huyệt, ngày châm 1 lần.

Tự xoa bóp: hàng ngày tự xoa bóp mũi, làm nóng cổ gáy, lưng (để nâng sức chống đỡ của cơ thể).

Nếu không ngủi thấy mùi thơm thối: xông khói hạt nhãn. Hạt nhãn tán, đổ lên than hồng, khói bốc lên vào 1 ống dẫn lên lỗ mũi, để khói được hít nhẹ vào mũi.

7. Trứng cá đỏ

Y học cổ truyền gọi là tửu tra tỵ. Chủ yếu do thấp nhiệt ở tỳ vị bốc lên chóp mũi gây nên huyết ứ ngưng kết ở đó.

Phép chữa: thanh thấp nhiệt hoạt huyết hóa ứ.

* Hoàng cầm	12g	Sinh địa	16g
Phục linh	12g	Xuyên khung	8g



Trần bì	4g	Xích thước	12g
Cam thảo	6g	Hồng hoa	6g
Đương quy	12g	Trạch tả	12g

Thuốc bôi: lưu hoàng, minh phân, nhũ hương lượng bằng nhau tán mịn rây kỹ lấy bột mịn bôi tại chỗ.

Cần ăn ít chất cay nóng (thức ăn nhiều nhiệt lượng), giữ gìn mũi mặt sạch sẽ.

8. Tai ù (nhĩ minh), tai điếc (nhĩ lung)

Chủ yếu là do can hỏa bốc lên che mất khiếu của tai hoặc tâm thận hư nhược không nuôi dưỡng được tai, đờm hỏa kết lại gây nên.

Phép chữa nếu có thêm tâm phiền, cáu gắt, đau đầu: thanh tiết can hỏa.

* Long đởm thảo	12g	Xa tiền tử	4g
Hoàng cầm	8g	Sinh địa	8g
Chi tử	8g	Sài hồ	8g
Trạch tả	8g	Đương quy	4g
Mộc thông	8g	Cam thảo	4g

Phép chữa do tâm thận hư nhược: tư âm tiềm dương, bổ thận sinh tinh.

* Địa hoàng	16g	Trạch tả	8g
Hoài sơn	12g	Đan bì	8g
Sơn thù	12g	Cẩu kỷ tử	12g
Phục linh	8g	Cúc hoa	8g

Phép chữa do đờm hỏa uất kết tai ù như tiếng ve có lúc tắc như điếc, ăn cay nóng nhiều: thanh nhiệt hoá đờm.

* Trần bì	12g	Trúc nhự	12g
Bán hạ	12g	Chỉ thực	12g
Phục linh	8g	Gừng	3 lát
Táo	2 quả	Cẩm thảo	6g

Châm cứu: ế phong, thính cung, thính hội.

Nhĩ châm: thận, thần môn, giao cảm, nội nhĩ.

MỤC LỤC

Phần

NGOẠI KHOA

Thần kinh sọ não.....	7
Tim mạch - lồng ngực.....	13
Tiêu hóa.....	17
Tiết niệu.....	28
Nhi khoa.....	32
Chấn thương.....	35

Phần

GÂY MÊ HỒI SỨC

Sơ lược về gây mê hồi sức.....	53
Gây tê đám rối thần kinh cánh tay.....	55
Gây tê thần kinh quay.....	59
Gây tê thần kinh giữa.....	60
Gây tê thần kinh trụ.....	62
Gây tê thần kinh của chi dưới.....	63
Gây tê tuỷ sống - tê ngoài màng cứng.....	71
Đại cương về các thuốc mê.....	79
Gây mê nội khí quản.....	84
Gây mê tĩnh mạch.....	86

Hạn chế truyền máu – pha loãng máu trong ngoại khoa.....	88
Thăm khám bệnh nhân trước gây mê.....	93
Đặc điểm, yêu cầu vô cảm trong phẫu thuật bụng.....	100
Gây mê cho mổ nội soi ổ bụng, những điều cần chú ý	102

Phần SẢN PHỤ KHOA

Sản khoa

Ngôi chòm	107
Ngôi trán	109
Ngôi mặt	110
Ngôi ngang (ngôi vai)	112
Ngôi ngược	113
Chửa nhiều thai	116
Thai già tháng	119
Thăm dò thai trong thời kỳ thai nghén	122
Thăm dò thai trong thời kỳ chuyển dạ	126
Thai nghén có nguy cơ cao	130
Nhiễm độc thai nghén sớm	133
Tiền sản giật và sản giật.....	135
Đa ối.....	138
Chửa ngoài tử cung	140
Thai chết trong tử cung.....	143
Chửa trứng	145
Đẻ non.....	148
Đẻ chỉ huy bằng truyền nhỏ giọt oxytocin vào tĩnh mạch.....	151

Rau bong non.....	152
Rau tiền đạo	154
Sa dây rau	156
Chảy máu trong thời kỳ sổ rau	157
Rách âm hộ - âm đạo, cổ tử cung do đẻ.....	159
Nhiễm khuẩn hậu sản.....	161
Sẩy thai.....	163
Khung chậu hẹp	166
Dọa vỡ và vỡ tử cung	169
Suy thai	170
Trẻ sơ sinh tím tái.....	173
Sốc sản khoa	174
Suy tim và thai nghén.....	176
Phù phổi cấp trong thai nghén	178

Phụ khoa

Thăm dò trong phụ khoa.....	180
Kinh nguyệt đau.....	182
Xuất huyết trong phụ khoa.....	184
Sa sinh dục	186
Viêm âm hộ - âm đạo.....	188
Viêm tuyến Bartholin	189
Viêm phần phụ	190
U xơ cơ tử cung.....	193
Khối u buồng trứng	195
Ung thư âm hộ.....	198
Ung thư âm đạo.....	199
Ung thư cổ tử cung.....	199
Ung thư thân tử cung.....	201

Ung thư nguyên bào nuôi.....	202
Chẩn đoán mãn kinh.....	204
Chẩn đoán và xử trí vòng kinh không rụng trứng.....	205
Xử trí các rối loạn của tuổi dậy thì	207
Các tổn thương lành tính ở nội mạc tử cung và cách xử trí.....	209
Điều trị nội tiết tố trong phụ khoa	213
Soi cổ tử cung	216
Tổn thương cổ tử cung và cách xử trí	218

Phần

CÁC BỆNH TRUYỀN NHIỄM

Nhiễm khuẩn do não mô cầu	222
Bệnh dịch hạch	229
Bệnh bạch hầu	234
Bệnh tả	237
Bệnh thương hàn	241
Bệnh uốn ván	246
Bệnh do liên cầu lợn	254
Bệnh do leptospira	257
Bệnh lỵ do shigella	263
Bệnh cúm	268
Bệnh dại	271
Bệnh quai bị	279
Bệnh thủy đậu	284
Viêm gan virus	288
Bệnh sởi.....	297
Bệnh sốt xuất huyết Dengue.....	304

Bệnh sốt mò	311
Bệnh do sán lá gan lớn	319
Bệnh do sán dây lợn	321
Ly amíp	325
Bệnh sốt rét	331

Phần

MẮT

Bỏng mắt do hóa chất.....	341
Dị vật kết mạc hoặc giác mạc	342
Xuất huyết tiền phòng do chấn thương	343
Vết thương xuyên nhãn cầu	345
Viêm kết mạc.....	346
Bệnh mắt hột.....	347
Viêm giác mạc chấm nông.....	349
Loét giác mạc.....	350
Viêm thượng củng mạc.....	352
Viêm củng mạc	353
Chấp và lẹo mi.....	354
Viêm bờ mi.....	355
Bệnh sụp mi.....	356
Hội chứng khô mắt.....	357
Tắc lệ đạo bẩm sinh ở trẻ em	358
Quặm và lông xiêu của mi mắt	359
Viêm tổ chức hốc mắt.....	360
Lác mắt ở trẻ em	360
Lác mắt do liệt thần kinh	362

Glôcôm góc đóng cấp diễn	363
Viêm màng bồ đào	364
Viêm thị thần kinh	366
Xuất huyết dịch kính	367
Thoái hóa hoàng điểm tuổi già	368
Bệnh võng mạc đái tháo đường	369
Bong võng mạc	370
Thuốc dùng trong nhãn khoa	371

Phần

TAI MŨI HỌNG

Bệnh tai - xương chũm

Nhọt ống tai ngoài	377
Viêm tấy ống tai ngoài	378
Viêm tai giữa cấp	378
Viêm tai giữa mạn nguy hiểm	381
Cholesteatoma	383
Viêm xương chũm cấp	384
Viêm xương chũm mạn hồi viêm	385
Viêm màng não do tai	386
Viêm tĩnh mạch bên do tai	387
Áp xe não do tai	389
Liệt mặt do tai	391
Zona tai	392
Vỡ xương đá	393
Nghe kém	396

Bệnh mũi - xoang

Viêm mũi họng cấp ở trẻ em	399
viêm mũi cấp thông thường	400
Viêm mũi cấp trong các bệnh nhiễm khuẩn - lây.....	401
Viêm mũi xuất tiết	402
Viêm mũi quá phát.....	403
Viêm mũi vụn mạch	404
Viêm xoang cấp	406
Viêm đa xoang mạn.....	408
Viêm xoang sau mạn.....	410

Bệnh họng - thanh quản

Viêm họng cấp	412
Viêm họng đỏ thông thường.....	412
Viêm họng vincent (vanh-xăng).....	413
Viêm họng do liên cầu	414
Herpes họng.....	415
Bệnh aphte (áp tơ) họng.....	416
Viêm V.A cấp	417
V.A quá phát.....	418
Viêm amidan cấp.....	418
Viêm họng trong tầng bạch cầu đơn nhân to.....	420
Áp xe thành sau họng	421
Áp xe quanh amidan	423
Viêm tấy mủ hạch cổ bên	424
Bỏng họng.....	425
Chấn thương họng.....	426
Khó thở thanh quản	427
Viêm thanh quản cấp thông thường	430

Viêm thanh quản hạ thanh môn.....	431
Papilom (u nhú) thanh quản.....	432
Hạt thanh đới.....	433
Ung thư thanh quản.....	434
Chấn thương thanh quản.....	435
Chấn thương khí quản.....	437
Dị vật đường thở.....	438
Thủng thực quản.....	440
Trào ngược dạ dày thực quản.....	442
Bỏng thực quản do hóa chất.....	443
Dị vật thực quản.....	446

Phần

RĂNG HÀM MẶT

Mọc răng và thay răng.....	449
Bệnh sâu răng.....	451
Bệnh viêm tuỷ răng.....	455
Viêm quanh cuống răng.....	458
Bệnh quanh răng.....	460
Bệnh viêm lợi.....	463
Viêm lợi loét hoại tử cấp.....	465
Viêm quanh răng mạn tính ở người lớn.....	467
Chỉ định và chống chỉ định nhổ răng.....	468
Viêm nhiễm thông thường trong răng hàm mặt.....	470
Cấp cứu răng miệng thường gặp.....	473
Các bệnh niêm mạc miệng.....	476

Phần

DA LIỄU

Hướng xử trí loét sinh dục	497
Hepper sinh dục	503
Thái độ xử trí viêm niệu đạo ở phái nam	507
Bệnh lậu	514
Bệnh Sùi mào gà sinh dục (Bệnh mồng gà)	519
Bệnh phong	522
Bệnh nấm da	534
Viêm da mủ	548
Ghẻ	560
Zona	567
Chàm thể tạng	573
Chàm tiếp xúc	579
Pemphigus	581
Vẩy nến	583
Viêm da tiết bã	589
Mụn trứng cá	591

Phần

THẦN KINH

Một số nguyên tắc chẩn đoán và điều trị thần kinh	604
Các trạng thái bệnh cấp cứu ở thần kinh	607
Trạng thái hôn mê.....	607
Trạng thái động kinh và cơn động kinh liên tục	609
Tai biến mạch máu não.....	610

Hội chứng tăng áp lực trong sọ.....	613
Hội chứng não cấp - viêm não B ở trẻ em.....	614
Hội chứng viêm não ở người lớn.....	616
Cơn nhược cơ cấp.....	617
Viêm tủy cấp.....	618
Các chứng bệnh thường gặp ở thần kinh.....	620
Bại liệt.....	621
Bệnh Alzheimer.....	621
Bệnh Parkinson.....	623
Bệnh Wilson.....	624
Chảy máu màng não.....	625
Chảy máu não.....	625
Chảy máu não - màng não.....	626
Co giật.....	626
Dị dạng ở thần kinh.....	626
Đau nhức ở thần kinh.....	627
Đau nhức đầu.....	627
Đau nhức nửa đầu.....	629
Đau nhức nửa mặt.....	630
Đau dây thần kinh hông.....	630
Đau dây thần kinh liên sườn.....	632
Đau vùng gáy - vùng chẩm.....	632
Động kinh.....	633
Ép tủy.....	635
Giang mai thần kinh.....	635
Hôn mê.....	636
Lao đốt sống.....	636
Liệt.....	637

Liệt hai chi dưới	637
Liệt nửa người	638
Liệt nửa mặt	639
Liệt tứ chi	640
Liệt các dây thần kinh sọ	641
Loạn thần kinh chức năng	641
Mất ngủ	644
Ménière	645
Múa giật	645
Nhược cơ	646
Nhồi máu não	647
Sang chấn cột sống	648
Sang chấn sọ	648
Sa sút trí tuệ	649
Tăng động (Còn gọi là các động tác bất thường)	652
Thất điều	653
Tụ máu dưới màng cứng	653
Tụ máu dưới nhện	654
Tụ máu trong não	654
Thất dụng	654
Thất ngôn	655
Thất tri	655
U não	656
U tủy	657
Ung thư đốt sống	657
Ứ nước não	657
Viêm màng não	658
Viêm màng nhện	660

Viêm não.....	661
Viêm não ở người lớn.....	662
Viêm nhiều dây thần kinh	662
Viêm nhiều rễ dây thần kinh.....	663
Viêm tắc xoang tĩnh mạch	663
Viêm tủy	664
Xơ cứng cột bên teo cơ	665
Xơ cứng rải rác	665
Phục hồi chức năng thần kinh	666

Phần

TÂM THẦN

Rối loạn lo âu.....	669
Rối loạn trầm cảm.....	672
Rối loạn nghi bệnh.....	679
Mất ngủ không thực tổn.....	683
Các rối loạn hành vi ăn uống.....	686
Bệnh tâm căn suy nhược.....	690
Bệnh tâm căn phân ly.....	693
Các rối loạn cơ thể tâm sinh.....	698
Bệnh tâm thần phân liệt.....	703
Đại cương về nghiện chất.....	707
Nghiện rượu.....	712
Nghiện các chất dạng thuốc phiện.....	718
Nghiện Amphetamin và Ecstasy.....	721
Nghiện các chất khác.....	724

Phần
Y HỌC CỔ TRUYỀN

Châm cứu học.....	729
Kỹ thuật thực hành châm cứu	732
Kỹ thuật châm.....	732
Kỹ thuật cứu.....	740
Vị trí, tác dụng các huyệt và thủ thuật châm cứu	744
Thuốc nam.....	761
Chữa bệnh bằng thuốc nam châm cứu	782
Áp dụng trong Ngoại khoa.....	782
Áp dụng trong Nội khoa	792
Áp dụng trong Phụ khoa	820
Áp dụng trong Nhi khoa	825
Áp dụng trong Ngũ quan khoa.....	833

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

SỔ TAY
THẦY THUỐC THỰC HÀNH
Tập 2

Chịu trách nhiệm xuất bản
HOÀNG TRỌNG QUANG

<i>Biên tập:</i>	BS. VŨ THỊ BÌNH - NGUYỄN LAN
<i>Sửa bản in:</i>	VŨ THỊ BÌNH - NGUYỄN LAN
<i>Trình bày bìa:</i>	CHU HÙNG
<i>Kt vi tính:</i>	BÙI HUỆ CHI
	TRẦN THANH TÚ

In 1000 cuốn, khổ 16x24 cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.

Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 33-2008/CXB/352-175/YH.

In xong và nộp lưu chiểu quý I năm 2009.

