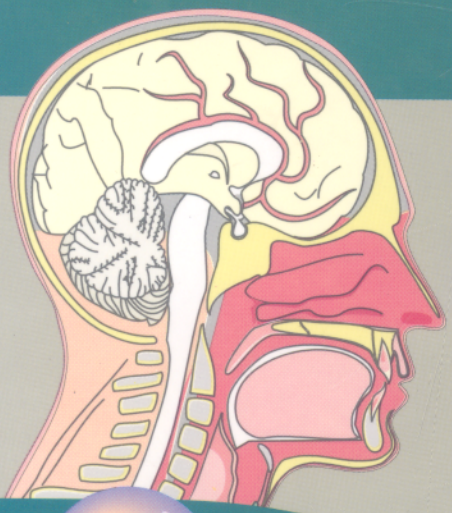
anoi.com.vn/

SỔ TAY



THẦY THUỐC THỰC HÀNH

TẬP 2

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

anoi.com.vn/

Sổ tay
THẦY THUỐC THỰC HÀNH

s://myhanoi.com.vn/

Sổ tay
THẦY THUỐC THỰC HÀNH

TẬP II

(Tái bản lần thứ bảy)

Sách được sửa chữa
và bổ sung một số phần

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2002

s://myhanoi.com.vn/

LỜI NHÀ XUẤT BẢN

(Tái bản lần thứ sáu)

Người thầy thuốc thực hành, nhất là các thầy thuốc công tác độc lập ở các tuyến và các thầy thuốc mở phòng khám bệnh cần có tài liệu để tra cứu tham khảo trong khám bệnh, chẩn đoán và điều trị. Cuốn ***Sổ tay thầy thuốc thực hành*** *đáp ứng được yêu cầu đó. Cuốn sách tái bản lần thứ sáu này đã được sửa chữa, chỉnh lý. Một số phần, chương đã được tổ chức sửa chữa và bổ sung như Hồi sức cấp cứu, ngoại khoa, sản phụ khoa, nhi khoa, da liễu, tai mũi họng ... Những kiến thức y học ngày nay đã được chú ý đề cập đến. Các tác giả đã được kết hợp giữa thực tiễn và lý thuyết, nội dung được viết cụ thể và sinh bệnh học, triệu chứng 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, tim mạch, hô hấp và lao phổi, tiêu hóa, thận tiết niệu, nội tiết, máu dị ứng, cơ xương khớp, bệnh tuổi già và nhi khoa.

Tập 2 gồm các chuyên khoa: ngoại, sản phụ khoa, mắt, tai mũi họng, răng hàm mặt, da liễu, các bệnh nhiệt đới, thần kinh, tâm thần, y học cổ truyền.

Trong nhiều năm, qua sáu lần xuất 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, bác sĩ trong ngành.

Chúng tôi mong rằng cuốn sách sẽ giúp ích được nhiều cho cán bộ y tế trong công tác và mong được sự góp ý của bạn đọc.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

s://myhanoi.com.vn/

Phần

NGOẠI KHOA

Biên soạn: GS.ĐẶNG KIM CHÂU
GS. ĐẶNG HANH ĐỆ
GS. NGUYỄN DƯƠNG QUANG
GS. NGUYỄN ĐỨC NINH

s://myhanoi.com.vn/

GÂY MÊ VÀ GÂY TÊ

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây mê hay gây tê là một phương pháp vô cảm được chỉ định áp dụng trong khi tiến hành các thủ thuật và phẫu thuật, nhưng gây mê, gây tê cũng có thể làm bệnh nhân chết, do đó khi chỉ định cũng như khi thực hiện phải hết sức thận trọng và phải do thầy thuốc gây mê thực hiện. Trong quá trình gây mê, phải theo dõi bệnh nhân sát sao từ khi mê cho đến khi hoàn toàn tỉnh táo.

- Khi tiến hành gây mê hoặc gây tê phải ổn định tinh thần bệnh nhân trước khi gây mê và gây tê.
- Rửa và hút dạ dày trước khi gây mê, nếu bệnh nhân vừa ăn xong trong vòng 6 giờ.

II. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

Chuẩn bị một hoặc hai tĩnh mạch lớn để đặt bộ dây truyền huyết thanh, để tiêm thuốc và hồi sức.

Nếu mổ theo kế hoạch thì nên tiêm bắp thuốc an thần trước khi tiến hành gây mê khoảng 30-45 phút. Chỉ tiêm mạch máu thuốc an thần khi thật cần thiết và tiêm trước 15-20 phút. Công thức tiền mê như sau:

+ Tối hôm trước, uống trước lúc đi ngủ gardenal 0,01g
+ Sáng hôm mổ tiêm morphin 1-2 ctg hoặc atropin 1/4-1/2mg 45 phút trước mổ.

Có thể dùng các loại thuốc sau đây để tiền mê: dolargan (dolosal, petidin) 50mg, phenothiazin (phenergan, pipolphen, dimedrol 50mg (cho người lớn), aminazin 25mg, valium (diazepam), seduxen 5-10mg, tiêm bắp thịt.

Ở trẻ con thường dùng dolargan, phenothiazin và aminazin mỗi thứ 1mg cho 1kg thể trọng.

- Valium (diazepam), seduxen 5-10mg tiêm bắp thịt.

s://myhanoi.com.vn/

III. CHỈ ĐỊNH

Gây tê

- Bệnh nhân yếu, không chịu được gây mê
- Bệnh nhân suy thở, suy thận, suy gan cấp
- Các phẫu thuật ở phần mềm, ở các chi, ở đầu cổ, các phẫu thuật với thời gian ngắn như tràn dịch màng tinh hoàn, thoát vị bẹn, viêm ruột thừa trong 12 giờ đầu.

Gây mê

- Bệnh nhân quá sợ hãi
- Bệnh nhân cần phải dùng thuốc giãn cơ mới mổ được
- Những trường hợp mổ cần phải làm hô hấp nhân tạo (mổ ngực, phổi) cần truyền nhiều dịch và máu.
- Các trường hợp mổ ở sâu, kéo dài, phức tạp.

GÂY TÊ TẠI CHỖ

1. Chuẩn bị

- Dung dịch Visonepxki, cứ 100ml pha thêm 3 giọt adrenalin 1/10.000
- Huyết thanh đẳng trương 250-500ml có pha 50-100mg dolargan hoặc 25-50mg phenothiazin. Dây truyền và kim tiêm truyền nhỏ giọt mạch máu.

2. Kỹ thuật

- Cho nhỏ giọt huyết thanh có thuốc an thần để người bệnh ngủ.
- Sau khi sát khuẩn, trải khăn, tiến hành gây tê từng lớp từ biểu bì vào trong các gân, cơ màng bụng, các mạc treo v.v..
- Có thể phối hợp gây tê tại chỗ với nhỏ giọt tĩnh mạch thiopental. Nếu làm theo kiểu này thì không cho dolargan hoặc pipolphen vào huyết thanh.

s://myhanoi.com.vn/

GÂY TÊ TRONG XƯƠNG

1. Chuẩn bị

Dung dịch Visonepxki có pha thêm adrenalin

2. Kỹ thuật

- Tìm mốc chi trên: đầu dưới xương quay, mỏm khuỷu, hai mỏm trên lồi cầu xương cánh tay (chỗ sụn xương).
- Chi dưới: đầu sau xương gót, hai mắt cá, lồi ụ trước xương chầy, hai lồi cầu xương đùi.
- Sát khuẩn bằng cồn iod
- Đặt garô sát trên chỗ mổ (cách khoảng 1-2cm)
- Chọc kim, sau khi qua lớp xương dẹt, đi từ từ vào xương xốp.
- Bơm thuốc tê cho đến khi nào nổi da gà
- Nếu mổ lâu, cứ một giờ nới nhẹ garô một lần
- Khi bỏ garô phải mở từ từ. Nếu sau đó tụt huyết áp thì tiêm dung dịch glucose ưu trương có chlorur calci 1-2g.
- Phải cầm máu thật kỹ trong khi mổ

Ghi chú: hiện nay ít dùng phương pháp này vì phức tạp, dễ gây viêm xương, làm người bệnh đau tại chỗ kéo dài sau mổ, mà thay bằng phương pháp gây tê bằng tiêm tĩnh mạch tại chỗ.

GÂY TÊ BẰNG ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

1. Chuẩn bị

- Dung dịch novocain 1% hoặc cylocain 1%
- Ephedrin 1-3ctg

s://myhanoi.com.vn/

2. Kỹ thuật

- Tìm một tĩnh mạch ở vùng chi sẽ được mổ, có thể dùng tĩnh mạch đó để tiêm thuốc tiền tê.
- Sát khuẩn vùng mổ rộng lên trên và xuống dưới ít nhất 10cm mỗi đầu.
- Đưa tay hoặc chân người bệnh lên cao, dùng băng cao su ép từ dưới lên trên quá chỗ mổ 5cm để máu tĩnh mạch ở đoạn chi về tim, sau đó đặt garô thứ hai sát chỗ mổ 2cm và tháo băng ép kia.
- Sát khuẩn lần hai
- Tiêm thuốc tê vào tĩnh mạch. Liều lượng như sau: dung dịch novocain 1/100:
  + Mổ ở cẳng tay: 30-40ml
  + Mổ ở cánh tay: 40-60ml
  + Mổ ở cẳng chân: 60-80ml

Có thể đặt thêm garô ở phía dưới cách đường mổ 2cm, như vậy có thể rút lượng thuốc tê xuống còn 1/3.

Nếu mổ ở khớp gối hoặc ở đùi thì nên đặt hai garô và liều lượng thuốc tê cũng giống như mổ ở cẳng chân.

- Nếu có điều kiện, nên dùng dung dịch cylocain 0,5/100:
  + Mổ ở cẳng tay: 30-40ml
  + Mổ ở cánh tay: 40-60ml
  + Mổ ở cẳng chân, khớp gối hoặc đùi: 60-80ml
- 15 phút sau khi tiêm thuốc tê, có thể bắt đầu mổ
- 15 phút trước khi mở garô phải truyền ít nhất 250ml glucose 20/100.
- Khi bỏ garô phải hết sức thận trọng mở garô từ từ. Người hồi sức phải lấy mạch và huyết áp mỗi phút một lần trong 10 phút liên tiếp. Nếu huyết áp tụt thì truyền tĩnh mạch 250ml glucose ưu trương có pha 1-2g chlorur calci. Không dùng uabain hay cedilanit. Nếu huyết áp tụt nhiều, có thể dùng 1-2ctg ephedrin tiêm mạch máu.

Thông thường, với phương pháp gây tê tĩnh mạch tốt, thường bệnh nhân sẽ không đau, nằm yên.

s://myhanoi.com.vn/

GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG

1. Chuẩn bị thuốc và dụng cụ

- Dung dịch cylocain 1-2/100
- Adrenalin 1/10.000
- Các huyết thanh mặn, ngọt đẳng trương, ngọt ưu trương
- Các thuốc hồi sức như chlorur, ephedrin, aramin, adrenalin, noradrenalin.
- Kim gây tê ngoài màng cứng khoẻ, đường kính bên ngoài khoảng 6/10mm, dài 10cm, đầu hơi vát và hơi uốn cong để có thể luồn dây polyten khi cần thiết.
- Dây polyten đường kính bên ngoài vừa luồn được trong kim gây tê, dài 40-50cm, ở đầu tự do có đầu nối để bơm thuốc tê.
- Một lưỡi dao nhọn để rạch da.
- Dụng cụ để hồi sức hô hấp.

2. Chuẩn bị bệnh nhân

- Đo huyết áp động mạch.
- Cởi quần áo, đắp một vải sạch.
- Tìm một tĩnh mạch thuận lợi để luồn kim tiêm truyền nhỏ giọt huyết thanh.
- Đặt bệnh nhân ở tư thế co lưng tôm về phía người gây tê.
- Tìm mốc chọc kim, đánh dấu.
- Sát khuẩn bằng cồn iod vùng định chọc kim và rộng ra chung quanh mỗi bề ít nhất 10cm.

3. Kỹ thuật

- Tìm mốc:
  + Thắt lưng 5 - cùng 1, nếu mổ ở vùng tầng sinh môn, niệu đạo.
  + Thắt lưng 2 - thắt lưng 5, nếu mổ từ rốn trở xuống hoặc mổ ở hai chi dưới.

s://myhanoi.com.vn/

+ Lưng 9 - lưng 12, nếu mổ ở vùng trên rốn như mổ dạ dày, mật, gan, lách, thận.

- Sát khuẩn lại một lần nữa vùng định chọc kim bằng cồn 70^{o}.
- Trải khăn mổ: 1 khăn mổ thủng lỗ vào đúng chỗ chọc kim; 1 khăn mổ trải lên bàn mổ.
- Gây tê da, cân, dây chằng ở vùng chọc kim
- Rạch da bằng mũi dao nhọn dài khoảng 1mm để dễ chọc kim. Nếu kim gây tê sắc thì không cần rạch da.
- Người phụ phải giữ bệnh nhân nằm cong lưng tôm tối đa, không được vẹo cột sống.
- Người gây tê đưa kim đúng theo kẽ giữa hai gai đốt sống và đúng đường giữa. Khi kim đã vào đến dây chằng vàng thì cầm kim ở chỗ sát lưng bệnh nhân và đẩy từ từ từng nửa milimét một. Khi có cảm giác qua dây chằng, qua một tổ chức dai cứng thì dừng lại ngay. Rút bỏ nòng của kim gây tê. Nếu có nước não tuỷ chảy ra phải rút ngay kim vì đã chọc vào ống tuỷ. Có thể chọc kim lại nhưng chọc ở trên hoặc dưới một đốt sống.
- Thử xem kim đã vào đúng khoang ngoài màng cứng chưa thì có hai cách:

  + Lấy bơm tiêm loại 5ml trong có chứa huyết thanh mặn 9/1000 và có một bọt không khí, lắp vào kim, rồi cho bệnh nhân thở vào, xem bọt không khí có được hút về phía bệnh nhân không. Nếu có, là đã vào đúng khoang ngoài màng cứng, nếu bọt không khí đứng yên thì kim vẫn ở ngoài khoang màng cứng.

  + Lấy bơm tiêm 20ml thật kín, bơm không khí qua kim vào bệnh nhân. Nếu vào dễ dàng và khi tháo ống tiêm không thấy nước não tuỷ chảy ra theo kim là đã vào đúng khoang màng cứng. Nếu còn trở lực không đẩy được bơm tiêm thì kim còn ở ngoài khoang màng cứng. Trong hai cách, cách sau dễ làm và chính xác hơn.

- Pha thuốc: lấy bơm tiêm 20ml, hút adrenalin qua ống tiêm sau đó bơm đẩy hết adrenalin ra ngoài, và dùng ống tiêm đó lấy cylocain.

s://myhanoi.com.vn/

- Nếu người bệnh khoẻ mạnh, dùng dung dịch 2/100, liều đầu như sau:
  + Mổ vùng tầng sinh môn: 200-300ml
  + Mổ vùng dưới rốn: 300-400ml
  + Mổ vùng trên rốn: 400-500ml

Nếu người bệnh yếu, huyết áp tối da dưới 100-110mmHg thì dùng dung dịch 1/100 và liều lượng bằng 1/2 - 2/3 liều lượng trên.

- Bơm thuốc: bơm vào 5ml. Tháo bơm tiêm. Xem giọt nước chảy từ kim gây tê ra lạnh hay ấm. Nếu ấm, có khả năng kim vào ống tuỷ. Hỏi xem người bệnh có nhức đầu, chóng mặt không, và có thể cử động các ngón chân và bàn chân không ? Nếu có nhức đầu, có liệt hai chi dưới thì chuyển sang gây tê tuỷ sống, hoặc rút kim, chọc lại ở phía trên hay ở phía dưới một đốt sống, hoặc chuyển sang gây mê hoặc gây tê tại chỗ.

Nếu sau khi bơm 5ml mà không có gì thay đổi thì bơm hết liều thuốc tê đã định.

Nếu cuộc mổ kéo dài quá 1 giờ 30 phút thì phải luồn dây polyten và đặt tại chỗ để bơm thêm thuốc tê khi cần thiết.

- Rút kim, đặt gạc vô khuẩn tại chỗ, dán băng dính. Nếu có đặt dây polyten thì chú ý đừng để gập và đầu dây polyten tự do được nối vào một bơm tiêm có sẵn cylocain 1/100.
- Đặt bệnh nhân nằm ngửa.
- Đo lại huyết áp động mạch, 2 phút một lần, trong 10 phút.
- Kiểm tra lại đường truyền huyết thanh, dung dịch huyết thanh để hồi sức trong mổ và khi có biến chứng do gây tê.
- Kiểm tra cảm giác đau của bệnh nhân trong khi phẫu thuật viên sát khuẩn và trải khăn mổ. Khi bệnh nhân đã mất cảm giác thì có thể bắt đầu mổ.
- Có thể kéo dài tác dụng của gây tê bằng tiêm phối hợp với thuốc giảm đau như: 50mg dolargan hoặc 50mg fentanyl vào mạch máu trước mổ và 45 phút sau khi rạch da. Với phương pháp này, chỉ một lần tiêm cylocain có thể mổ trong 2 giờ.
- Bơm thuốc tê những lần sau: mỗi khi bệnh nhân đau, có thể bơm 100-200ml.

s://myhanoi.com.vn/

- Theo dõi bệnh nhân và hồi sức trong khi gây tê và mổ: cách 10 phút phải lấy mạch và đo huyết áp một lần.
  + Chú ý truyền dịch đầy đủ để huyết áp tối đa không tụt quá dưới 8mmHg. Nếu huyết áp tụt quá thấp phải truyền glucose ưu trương có pha calci 1-2g. Có thể tiêm ephedrin vào mạch máu hoặc nhỏ giọt aramin, hay adrenalin và duy trì huyết áp tối đa ở mức 100-110mmHg.
  + Trường hợp bơm nhầm thuốc vào ống tuỷ thì bệnh nhân sẽ nhợt nhạt. Huyết áp tụt đột ngột xuống 0mmHg. Bệnh nhân có thể ngừng thở, ngừng tim. Nếu tình trạng này xảy ra thì phải làm hô hấp nhân tạo, hà hơi thổi ngạt, sau đó đặt nội khí quản. Tiêm mạch máu noradrenalin 1mg. Khi đã sờ thấy mạch mà huyết áp vẫn còn thấp thì truyền glucose ưu trương có pha calci. Nếu tim ngừng đập phải ép tim ngoài lồng ngực. Tiêm 1mg noradrenalin trực tiếp vào tim, tiếp tục ép tim ngoài lồng ngực cho đến khi tim đập trở lại. Cấp cứu như một trường hợp ngừng tim thông thường.
  + Sau khi mổ xong, trước khi chuyển bệnh nhân phải kiểm tra huyết áp, nhịp thở, lượng nước tiểu. Phải truyền dịch và máu bù đủ khối lượng tuần hoàn mới được thay đổi tư thế bệnh nhân. Sát khuẩn lại vết chọc kim và băng kín. Kiểm tra sự vận động của hai chi dưới.
  + Trong những ngày sau, theo dõi nước tiểu, sự vận động của hai chi dưới, nhiệt độ, công thức bạch cầu, để đề phòng viêm thận cấp, liệt hai chi dưới hoặc nhiễm khuẩn khoang ngoài màng cứng.

4. Chỉ định

- Mổ bụng dưới, mổ tầng sinh môn, mổ sản phụ, mổ hai chi dưới (xương, phần mềm).
- Có thể mổ ở bụng trên nhưng nên phối hợp thêm với thuốc giảm đau đông miên.
- Những bệnh nhân bị hen suyễn, lao phổi, suy thở, suy tim. Đối với những bệnh nhân có huyết áp cao, phải hết sức cẩn thận, phải kết hợp cho ngủ, không dùng adrenalin, nếu dùng dung dịch cylocain thì pha loãng 0,5-1/100.

s://myhanoi.com.vn/

5. Chống chỉ định

Không được gây tê ngoài màng cứng khi:

- Không nắm vững kỹ thuật
- Không đảm bảo được vô khuẩn
- Vùng lưng người bệnh bị loét, có nhọt hoặc bị nhiễm khuẩn
- Có thương tổn hoặc dị dạng cột sống
- Không có phương tiện làm hồi sinh tổng hợp.

GÂY TÊ TUỶ SỐNG

1. Chuẩn bị thuốc và dụng cụ

- Cylocain 5/100 hoặc tetracain, procain (novocain).

(Chú ý: các thuốc tê này phải tinh khiết, pha chế hoàn toàn bảo đảm và phải được hấp ẩm tiệt khuẩn trước khi dùng).

- Ephedrin
- Các huyết thanh mặn ngọt đẳng trương, ngọt ưu trương.
- Các thuốc hồi sức như chlorur calci, aramin, adrenalin, noradrenalin.
- Dụng cụ, oxy để làm hồi sức hô hấp

2. Chuẩn bị bệnh nhân

Giống như trong gây tê ngoài màng cứng

3. Kỹ thuật

- Tìm mốc: thắt lưng 5 - cùng 1; thắt lưng 4 - thắt lưng 5, nếu mổ vùng tầng sinh môn.

Thắt lưng 3 - thắt lưng 4; thắt lưng 2 - thắt lưng 3, nếu mổ từ rốn trở xuống

- Sát khuẩn lại một lần nữa bằng cồn 70^{o}
- Trải khăn mổ

s://myhanoi.com.vn/

- Người phụ đặt tư thế bệnh nhân như trong gây tê ngoài màng cứng. Ở đây có thể để bệnh nhân ngồi trong khi chọc kim, tuỳ theo thói quen của thầy thuốc.
- Chọc kim: đưa kim đúng kẽ giữa hai đốt sống, đâm thẳng vào ống tuỷ. Khi đã vào đúng, rút nòng kim, dùng bơm tiêm hút 2ml nước não tuỷ để pha thuốc tê nếu cần, sau đó đặt lại nòng kim.
- Pha thuốc: nếu dùng xylocain: dung dịch 5/100 x 3ml. Nếu dung tetracain: dung dịch 1/100 x 1,2-1,4ml pha với 1,2-1,4ml glucose 10/100. Nếu dùng procain bột: 100-200mg pha trong 2-3ml nước não tuỷ.
- Trong khi người gây tê pha thuốc, người phụ tiêm 1 ctg ephedrin dưới da cho bệnh nhân..
- Bơm thuốc tê từ từ, một lần. Rút kim. Đặt gạc vô khuẩn.
- Đặt tư thế bệnh nhân hơi nghiêng, đầu cao hơn chân khoảng 5^{o}.
- Đo lại huyết áp, 2 phút đo một lần, đo liên tiếp trong 10 phút.
- Kiểm tra lại đường truyền huyết thanh dung dịch huyết thanh để hồi sức trong mổ và khi có biến chứng.
- Nếu huyết áp tụt thì truyền huyết thanh ngọt ưu trương có pha calci. Nết tụt quá mức phải tiêm ephedrin 1-2 ctg vào mạch máu. Có thể dùng aramin, adrenalin khi cần thiết.
- Kiểm tra tiến độ của cảm giác đau và vận động. Báo cho phẫu thuật viên bắt đầu mổ.
- Trong suốt thời gian mổ, cứ 10-15 phút phải đo lại huyết áp và lấy mạch một lần. Chú ý truyền dịch và máu đảm bảo khối lượng tuần hoàn đầy đủ.
- Sát khuẩn lại bằng cồn 70^{o} chỗ chọc kim và băng kín
- Mổ xong phải kiểm tra lại mạch, nhịp thở, lượng nước tiểu. Khi tất cả hoàn toàn ổn định, ít nhất 30 phút sau mới được chuyển bệnh nhân. Khi di chuyển không được thay đổi tư thế bệnh nhân quá đột ngột.
- Kiểm tra vận động chi dưới

s://myhanoi.com.vn/

- Trong những ngày sau theo dõi như trong trường hợp gây tê ngoài màng cứng. Ngoài ra cần chú ý là bệnh nhân có thể nhức đầu, buồn nôn. Nếu bị nhức đầu, buồn nôn thì cho uống hoặc tiêm bắp thịt furosemid (lasix) 20mg.

4. Chỉ định và chống chỉ định

Giống như trong gây tê ngoài màng cứng, tuy nhiên không nên gây tê tuỷ sống trong những trường hợp mổ ở cao, và không nên gây tê tuỷ sống cho những bệnh nhân bị vữa xơ động mạch, có huyết áp cao, có viêm động mạch vành hoặc có huyết áp tối đa quá thấp (dưới 90mmHg).

Chú ý: khi gây tê ngoài màng cứng, gây tê tuỷ sống, bệnh nhân có khả năng bị ngừng tim đột ngột, bị nhiễm khuẩn, đưa đến liệt hai chi dưới và tàn phế suốt đời, do đó, người thầy thuốc phải hết sức cẩn thận.

- Không làm khi chưa nắm vững kỹ thuật
- Không làm khi chưa bảo đảm vô khuẩn
- Không làm khi chưa có đủ phương tiện hồi sức.

GÂY MÊ TĨNH MẠCH BẰNG THIOPENTAL

1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Rửa và hút dạ dày thật sạch nếu bệnh nhân mới ăn no, bệnh nhân bị tắc ruột, hẹp môn vị.
- Kiểm tra xem có viêm, tắc đường thở phía trên không ?
- Chuẩn bị trước một tĩnh mạch để tiêm thuốc, truyền dịch và máu trong khi mổ.
- Chuẩn bị phương tiện làm hô hấp nhân tạo, đề phòng ngừng thở.

2. Chuẩn bị thuốc

- Pha dung dịch thiopental 2,5%, nếu bệnh nhân yếu thì pha dung dịch loãng hơn: 1,25%, 1%, 0,25%

s://myhanoi.com.vn/

- Có thể pha dung dịch gồm thiopental, huyết thanh ngọt đẳng trương 250-500ml.

3. Kỹ thuật

- Tiền mê theo các công thức đã nói ở trên
- Nên dùng phương pháp liều nhỏ: tiêm thật chậm vào tĩnh mạch dung dịch thiopental 1,5% cho đến khi mất phản xạ cảm 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 thì phải ngừng tiêm, cho bệnh nhân thở lại tốt rồi mới tiếp tục tiêm cho đến khi có thể mổ được.

- Nếu dùng phương pháp nhỏ giọt thì lúc đầu cho tốc độ nhanh 150-180 giọt/phút, khi bệnh nhân ngủ cho chảy chậm lại. Điều chỉnh số giọt tuỳ theo mức độ mê.

4. Chỉ định

Mổ các phần mềm, chi, bụng dưới, tầng sinh môn, với thời gian ngắn khoảng 1-2 giờ.

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 truỵ tim mạch nặng, cao huyết áp, viêm động mạch vành.
- Trẻ em dưới 5 tuổi, cụ già trên 60 tuổi
- 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 mát có oxy và bóp bóng. Khi cần thiết có thể hà hơi thổi ngạt. Khi bệnh nhân thở lại thì tiếp tục gây mê và mổ như bình thường.
- Khi bệnh nhân bị tụt huyết áp: truyền tĩnh mạch huyết thanh ngọt ưu trương 20% x 250-500ml có pha 1-2g chlorur calci. Có thể dùng ephedrin 1-3 ctg tiêm tĩnh mạch.

s://myhanoi.com.vn/

- 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.
- Khi bị co thắt thanh quản: tiêm atropin 1/2 mg vào tĩnh mạch. Tiêm thuốc giãn cơ để đặt ống nội khí quản làm hô hấp nhân tạo, gây tê thanh quản bằng cylocain 2% qua màng giáp nhẫn. Mở khí quản.

GÂY MÊ MÁT HỞ VỚI ETHER, CLOROFORM, FLUOTHAN HOẶC PENTHARAN

1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Rửa dạ dày nếu mới ăn no
- Kiểm tra xem có răng giả thì tháo bỏ
- Nới thắt lưng
- Dùng gạc che mắt. Nếu gây mê bằng cloroform thì bôi vaselin quanh mồm, mũi.

2. Chuẩn bị dụng cụ và thuốc

- Mát với 6 lớp gạc bọc ngoài khung sắt
- Một miếng gạc nhỏ, dài, đủ che hai mắt
- Một chai bằng thuỷ tinh màu, có nút và ống nhỏ giọt thuốc mê
- Một gối con để nâng vai bệnh nhân
- Một kéo lưỡi, một mở mồm, một canuyn Mayo nâng lưỡi, một máy hút đờm dãi và một xông Nelaton.

3. Kỹ thuật

- Bệnh nhân nằm ngửa, có gối kê ở vai, đặt đầu thật ngửa ra phía sau.
- Úp mát lên mũi và mồm để thở qua mắt.

s://myhanoi.com.vn/

- Nhỏ thuốc mê từ từ. Nếu dùng ether thì lúc đầu nhỏ 10 giọt, rồi 20-40-80 giọt mỗi phút. Khi đã mê sang giai đoạn III-2 thì duy trì mê với 20-30 giọt mỗi phút. Nếu dùng cloroform, fluothan, penthran, lúc đầu nhỏ từ 3-6-12 giọt mỗi phút.

Cần lưu ý: không bao giờ cho cloroform chảy thành tia như ether. Duy trì mê với 3-6 giọt/phút.

4. Chỉ định và chống chỉ định

- Phẫu thuật ngắn ở các chi, phần mềm, bụng dưới, nắn xương gẫy.
- Không dùng cloroform, fluothan, penthran khi bị sốc nặng, khi có bệnh tim, gan, thận

5. Đề phòng và xử trí khi có biến chứng

- Phải tiền mê thật tốt trước khi gây mê. Không để bệnh nhân lo sợ.
- Phải chú ý nâng hàm, đừng để lưỡi tụt ra sau làm nghẽn đường thở.
- Hút đờm rãi thật kỹ
- Tuyệt đối không dùng các thuốc co mạch như ephedrin, adrenalin, noradrenalin khi gây mê bằng cloroform, fluothan, vì có thể làm rung tim.
- Khởi mê hết sức từ từ
- Nếu huyết áp tụt, thì bỏ mát, cho thở oxy, truyền dung dịch glucose ưu trương, và nếu có mất máu thì truyền máu hoặc dung dịch thay thế và huyết thanh.
- Nếu bị ngừng tim phải ép tim ngoài lồng ngực cùng với hô hấp nhân tạo.

s://myhanoi.com.vn/

GÂY MÊ NỘI KHÍ QUẢN

1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Rửa hút dạ dày nếu bệnh nhân mới ăn no hoặc bị hẹp môn vị, tắc ruột.
- Bỏ răng giả
- Xem cổ và hầu có dễ đặt nội khí quản hay khó
- Chuẩn bị một tĩnh mạch để tiêm thuốc và nhỏ giọt huyết thanh hay truyền máu.

2. Chuẩn bị dụng cụ và thuốc

- Máy gây mê, oxy. Nếu không có oxy, dùng túi xếp khí trời.
- Đèn soi thanh quản
- Ống nội khí quản có ba cỡ số khác nhau và sát nhau.
- Băng dính hoặc dây để cố định ống nội khí quản
- Thiopental 2,5-1,25%, remyolan 2%, myorelacin, ether hoặc fluothan, cloroform, penthran, atropin, protimin.
- Các thuốc hồi sức như huyết thanh, calci, uabain, coramin.
- Máy hút đờm dãi

3. Kỹ thuật

- Úp mát cho thở oxy 100/100 trong 15 phút
- Khởi mê bằng thiophetal, tiêm chậm tĩnh mạch cho đến khi ngủ.
- Tiêm myorelacin 60-100 mg vào tĩnh mạch
- Bóp bóng có oxy hoặc bóp túi xếp để làm hô hấp nhân tạo.
- Khi đã giãn cơ hoàn toàn, đặt đèn soi thanh quản. Chú ý không làm gẫy răng bệnh nhân
- Chọn ống nội khí quản, đặt nhẹ qua thanh quản vào khí quản

s://myhanoi.com.vn/

- Lắp ống nội khí quản vào máy gây tê, bóp bóng hoặc túi xếp làm hô hấp nhân tạo. Cho oxy 6-8 lít/phút. Nếu dùng khí trời qua túi xếp thì bóp cho đến khi thấy lồng ngực phồng lên xẹp xuống.
- Nghe phổi xem thở có tốt không
- Cố định ống nội khí quản
- Tăng ether hoặc fluothan. Chú ý: trường hợp gây mê nông thì chỉ được dùng fluothan khi có bầu bốc hơi riêng của nó. Ether không được tăng lên qua số 2. Fluothan chỉ dùng ở 0,75-1,5%
- Đặt ống thông dạ dày
- Nhét bấc gạc nếu cần
- Đo lại huyết áp động mạch (đặc biệt khi gây mê bằng fluothan, lúc khởi mê cứ 5 phút phải đo huyết áp một lần, để phát hiện kịp thời truỵ tim mạch có thể xảy ra vì dễ dẫn tới ngừng tim).
- Tiêm thuốc giãn cơ có tác dụng dài như remyolan
- Đặt bệnh nhân ở tư thế thuận lợi cho phẫu thuật
- Trong khi mổ chú ý truyền dịch và máu kịp thời, 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 có nhiều thương tổn cần thăm dò lâu, bệnh nặng có nhiều thương tổn phối hợp, những phẫu thuật cần làm giãn cơ.

s://myhanoi.com.vn/

5. Chống chỉ định

- Có dị dạng ở cổ, họng, thanh quản, mồm
- Phẫu thuật viên không nắm vững kỹ thuật và không có đầy đủ trang thiết bị để làm hồi sức tổng hợp nếu cần.
- Bệnh nhân bị lao đang tiến triển, bị máu tụ trong phổi, phổi bị sức ép (chống chỉ định tương đối).

6. Đề phòng và xử trí các biến chứng

Không đặt nội khí quản nếu không cần thiết

Chú ý cho thở oxy qua mát 10-15 phút trước khi tiêm thuốc để đặt nội khí quản.

Trường hợp bệnh quá nặng, nên gây tê thanh quản bằng cylocain: tiêm qua màng giáp nhẫn 3-4ml dung dịch 2%, sau đó đặt nội khí quản. Lắp máy làm hô hấp nhân tạo, rồi mới tiêm thuốc khởi mê và giãn cơ.

Bảo đảm thông khí tốt và đường thở luôn luôn thông suốt trong thời gian gây mê và mổ.

Chỉ rút bỏ ống nội khí quản khi thuốc giãn cơ đã hết tác dụng

Luôn luôn kiểm tra ống nội khí quản, theo dõi chảy máu ở vết mổ, mạch, huyết áp, phát hiện kịp thời thừa CO_2 hoặc thiếu oxy.

Nếu không đặt được ống nội khí quản thì bình tĩnh úp mát có oxy, bóp bóng và hô hấp nhân tạo cho đến khi hết tác dụng của thuốc giãn cơ, bệnh nhân tự thở lại tốt mới thôi.

Nếu bệnh nhân bị co thắt thanh quản thì xử trí như trong trường hợp gây mê tĩnh mạch.

CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Trong chấn thương sọ não, người ta thường phân chia ra hai loại thương tích lớn

- Vết thương sọ não hở
- Chấn thương sọ não kín

s://myhanoi.com.vn/

Chẩn đoán tổn thương trong chấn thương sọ não kín nhiều khi khó khăn, đặc biệt nếu có máu tụ trong hộp sọ mà không chẩn đoán và xử trí kịp thời thì sẽ dẫn đến tử vong nhanh chóng.

Trước khi nói tới tổn thương lớn ở sọ não, chúng tôi trình bày những tổn thương ở da đầu (hoặc đơn thuần, hoặc kèm theo những tổn thương ở sọ não).

I. THƯƠNG TÍCH Ở DA ĐẦU

1. Máu tụ ở da đầu

Thường thấy trong chấn thương sọ não kín

a. Máu tụ tại chỗ: tại nơi chấn thương, da đầu sưng lên, đôi khi có sây sát ở ngoài. Ở trẻ con, thường sờ thấy máu tụ lùng nhùng ở giữa, ở ngoài có một vành cứng, tưởng như ở giữa có lún sọ, nhưng chụp X quang nhiều khi không thấy sọ bị tổn thương. Nếu máu tụ nhiều, có thể rạch lấy máu cục hoặc rút máu ra.

b. Máu tụ lan toả: thường gặp ở trẻ con chạy bị ngã, đập đầu xuống mặt đất, máu tụ có thể lan nhanh từ trán bên này sang trán bên kia làm trán và mi mắt căng lên. Cần hút máu ra hoặc rạch lấy máu cục.

2. Các vết thương ở da đầu

a. Vết thương do cắt: thường do dao hay mảnh kính. Chảy máu tương đối nhiều. Phải cắt tóc, cạo sạch chung quanh vết thương hoặc toàn bộ đầu. Gây tê tại chỗ. Thường mép cắt thẳng, ít khi phải cắt sửa. Khâu càng sớm càng tốt, để tránh mất máu.

b. Vết thương do giập: bờ vết thương bị giập thường tách ra nhiều khía. Cần lấy các dị vật, sửa mép rách giập cho gọn. Khi khâu thường bị thiếu da nên vết thương dễ toác. Cần tách da chung quanh để di chuyển da phủ kín vết rách, để khi khâu hai mép không bị căng.

Nguyên tắc: một vết thương da đầu, dù nông cũng phải rạch tới xương để thăm dò xem có lún hay vỡ xương không để tránh bỏ sót.

c. Lột da đầu: thường do tai nạn lao động, tóc bị quấn vào dây cu-roa. Da có thể bị lột toàn bộ theo đường lông mày tai, gáy, rời hẳn ra ngoài. Máu chảy nhiều, gây sốc. Cần đưa nạn nhân kèm miếng da bị lột đến bệnh viện ngay. Cách xử trí là cạo sạch tóc,

s://myhanoi.com.vn/

lộn mặt trong miếng da ra, dùng dao cắt hết lớp mỡ, chân tóc, để lại một lớp rất mỏng của da, giống như mảnh da ghép kiểu Thiersh. Để da vào vị trí cũ. Khâu đính. Rạch khía nhiều nơi để cho huyết tương thoát ra ngoài, rồi băng ép lại. Nếu xương bị lộ rộng, mất lớp cân ngoài, thì thường da không dính. Chỗ xương bị lộ sau này sẽ khoan nhiều lỗ đến lớp xốp cho rỉ máu khi máu đông lại sẽ trở thành một lớp hạt bao phủ xương. Lúc đó sẽ ghép da kiểu Thiersh sau. Sau xử trí thường phải mang tóc giả. Hiện nay có một số tác giả đã thành công trong việc nối các mạch máu bị đứt để giữ lại toàn bộ miếng da đầu bị lột.

II. VẾT THƯƠNG SỌ NÃO HỞ

1. Nguyên nhân

- Do chém, búa hay rìu bổ vào đầu
- Do tai nạn lao động như phoi tiện bắn vào đầu, hoặc ngã đập đầu vào đá hay vật rắn.
- Do thương tích chiến tranh: đạn, mảnh kim khí, các loại mảnh bom bi.

2. Các loại thương tích

Ngoài vết thương da đầu, có thể thấy hoặc xương sọ bị tổn thương đơn thuần, hoặc kèm theo rách màng cứng và tổn thương ở não.

a. Xương bị nứt rạn: khám vết thương da đầu không thấy não hay nước não tuỷ chảy ra ngoài. X quang thấy đường nứt rạn ở sọ. Nếu có rối loạn tri giác thì cần khoan sọ để kiểm tra xem có máu tụ hoặc rách màng cứng hay không.

b. Lún xương sọ: nếu xương lún quá độ dày của xương thì nâng xương lún lên. Khoan một lỗ ở bờ ngoài vào xương không bị lún. Dùng cái nậy để nậy xương lên. Ở trẻ con, lún như kiểu lún bóng bàn thì nậy rất dễ. Ở người lớn nếu cần thì gặm quanh bờ xương lún đủ để nhấc xương lên. Nếu xương bẩn hay rời ra rồi thì bỏ đi. Màng não có thể còn nguyên vẹn, hoặc rách kèm giập não. Để tránh nguy cơ nhiễm khuẩn, cần khâu kín màng não. Khâu hai lớp trên miếng cao su dẫn lưu.

s://myhanoi.com.vn/

c. Nhiều mảnh xương đi sâu vào não: thấy não phòi ra ngoài. Não ở vùng đó bị giập nát. Mổ lấy não giập, máu cục và những mảnh xương. Nếu có điều kiện mổ tốt, nên đóng kín màng cứng rồi khâu da hai lớp.

d. Vết thương chiến tranh do đạn, mảnh kim khí:

- Đạn đi tiếp tuyến với xương sọ: nhìn ngoài chỉ thấy xương bị rạn, không có lún xương, nhưng lớp xương sọ có thể bị vỡ nặng, mảnh xương đi sâu vào trong mô não.
- Vết thương làm hư hại não lớn: xương bị vỡ nứt chung quanh, nhiều mảnh xương đi sâu vào trong mô não kèm theo những mô bẩn ở ngoài vào. Đạn hay mảnh đạn có thể nằm sâu trong não. Người ta gọi đó là vết thương chột.
- Vết thương xuyên thủng sọ: lỗ vào nhỏ, lỗ ra to. Đây là loại thương tích rất nặng gây giập não lớn.
- Vết thương nhỏ do hoả khí: một mảnh bom bi hay một viên bi có thể để lại một vết thủng bằng hạt ngô, hạt thóc ở xương sọ, nhưng bên trong não có thể bị hư hại nhiều, hoặc gây máu tụ như trong chấn thương sọ não kín. Có thể có nhiều mảnh nhỏ bắn vào trong não rất khó lấy ra.

e. Những vết thương đặc biệt: có ba loại thương tích sau đây khá nguy hiểm:

- Vết thương xoang tĩnh mạnh dọc trên: nếu rách xoang tĩnh mạch, máu không cầm được thì thường nạn nhân chết ngay tại chỗ. Đôi khi mảnh xương làm thủng xoang nhưng lại chít lỗ rách, nên máu không chảy. Nếu như không có kỹ thuật tốt, khi nhấc mảnh xương lên mà không cầm được máu thì nạn nhân có thể chết trên bàn mổ.
- Vết thương xoang hơi trán: thường gặp ở người lớn vì ở trẻ em xoang hơi thường nhỏ. Nếu chỉ vỡ thành trước thì ít nguy hiểm. Nếu vỡ cả thành sau gây rách màng cứng thì có nguy cơ viêm màng não mủ do nhiễm khuẩn từ hố mũi lên.
- Vết thương não thất: ngoài những nguy cơ do tổn thương các mô não, còn có nguy cơ viêm não thất, rò nước não tuỷ ở vết thương, và làm tắc đường lưu thông nước não tuỷ do máu đông nằm trong não thất thứ ba.

s://myhanoi.com.vn/

3. Lâm sàng

Trước khi khám vết thương ở đầu, cần chú ý tới tình trạng chung. Nếu người bệnh bị sốc, phải truyền huyết thanh và máu. Nếu bị kích thích, giãy giụa thì dùng bromur natri 1-2 g, tiêm tĩnh mạch, luminal 0,20 g tiêm bắp. Đôi khi có thể dùng largactil, dimedrol. Tránh dùng morphin, dolargan.

Muốn đánh giá *tiên lượng* hoặc đánh giá tổn thương ở não nặng hay nhẹ, ở sâu hay nông, ta có thể dựa vào tri giác của người bệnh. Một vết thương có thể nhỏ nhưng người bệnh có thể mê nặng vì mảnh kim khí có thể làm tổn thương những vùng ở sâu trong não. Trái lại, một vết thương rộng lớn, não phòi ra ngoài (như bị chém), có thể không gây hôn mê vì chỉ có tổn thương nông ở ngoài vỏ não.

Muốn khám một vết thương ở đầu, cần cạo tóc rộng chung quanh vết thương, hoặc tốt nhất là cạo trọc đầu, có như vậy mới phát hiện được những vết thương chỉ nhỏ bằng hạt thóc. Nếu thấy não phòi ra ngoài, thì chắc chắn có tổn thương thấu não. Có khi phải mổ kiểm tra màng cứng mới biết rõ một vết thương có thấu não hay không.

Cần chú ý tới *vị trí vết thương* xem có nguy hiểm hay không. Nguy hiểm nhất là vết thương ở đường giữa sọ, theo xoang tĩnh mạch dọc, có thể làm rách xoang, gây chảy máu nặng khi mổ. Vết thương vào vùng trán, giữa hai lông mày, có thể làm vỡ xoang hơi trán, rách màng cứng, mổ không tốt có thể gây viêm màng não mủ. Vết thương vào vùng vận động gây liệt nửa người bên đối diện. Tổn thương vào vùng đỉnh trái gây rối loạn ngôn ngữ.

Về các triệu chứng thần kinh thì tuỳ vùng não bị tổn thương mà có những dấu hiệu khác nhau. Trên thực tế, ta cần chú ý tới tổn thương vùng bó tháp gây liệt nửa người bên đối diện.

Nếu hôn mê sâu, không phản ứng khi kích thích đau, thở nhanh, sốt cao, thì mổ thường có tiên lượng xấu vì có tổn thương nặng ở sâu trong não.

X quang cho thấy mảnh kim khí, đường vỡ, lún xương và các mảnh xương vụn.

s://myhanoi.com.vn/

4. Phẫu thuật

Chỉ định mổ là nhất thiết, trừ những trường hợp có mảnh nhỏ đi từ dưới vào sọ lên não.

Mổ gặm rộng, mở màng cứng, lấy bỏ não giập, máu cục, và các mảnh xương vụn, rồi cầm máu tốt bằng dao điện và huyết thanh nóng. Đóng kín màng cứng, nếu thiếu thì dùng cân cơ thái dương vá thêm. Nhất thiết phải đóng da hai lớp trên một ống dẫn lưu. Nếu thiếu da, khâu căng thì phải xoay vạt da để khâu kín vết thương, vì khâu căng, vết thương dễ bị toác, rò, có nguy cơ nhiễm khuẩn, dễ dẫn đến tử vong.

Sau mổ, ngoài thuốc kháng sinh và vitamin, cần cho thuốc chống phù não như huyết thanh ngọt ưu trương, dung dịch urê 20%, hay manitol 20% (1-2g/kg cơ thể), các loại corticoid, lasilix.

Đối với những vết thương cạnh xoang tĩnh mạch dọc, phải chuẩn bị nhiều máu để khi cần có thể hồi phục lại nhanh chóng. Lấy một miếng cơ thái dương đập giập để cạnh, phòng khi cần có thể chít vào chỗ rách. Gặm rộng xương xung quanh. Rút mảnh xương lún vào xoang sau cùng. Chít miếng thịt vào chỗ rách, rồi khâu đính hai mũi vào màng cứng để giữ miếng thịt tại chỗ. Đối với những vết thương vào xoang hơi trán, phải gặm cả thành trước và thành sau xoang bị vỡ, nạo niêm mạc trong xoang, dùng miếng cơ chít lỗ thông xuống mũi, vá màng cứng nếu làm được. Đóng kín da trên một ống dẫn lưu.

III. CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO KÍN

Một chấn thương sọ não kín có thể gây nên những tổn thương, những biến chứng mà trong chẩn đoán và xử trí nhiều khi khó khăn, nếu không kịp thời dễ dẫn đến tử vong. Tuy nhiên, trong các loại tổn thương chỉ có một tổn thương đòi hỏi *phải mổ cấp bách*, đó là máu tụ trong hộp sọ. Nếu phát hiện được sớm máu tụ và mổ kịp thời thì trong nhiều trường hợp có thể cứu được nạn nhân.

Sau một chấn thương mạnh vào đầu hoặc do bị đánh hay ngã (tai nạn xe cộ, tai nạn lao động), do sập hầm, sập nhà trong chiến tranh v.v.. Nạn nhân không có vết thương hở ngoài da, nhưng xương sọ và não có thể bị tổn thương nặng. Những tổn thương trên có thể đơn thuần nhưng trong nhiều trường hợp có xen kẽ nhiều tổn

s://myhanoi.com.vn/

thương với nhau và trở nên rất nặng. Nên nhớ rằng những tổn thương ở não thường nguy hiểm. Vỡ xương sọ đơn thuần không quan trọng bằng những tổn thương ở não.

1. Vỡ xương sọ

Có hai loại chính: vỡ ở vòm sọ và vỡ lan xuống nền sọ

a. Vỡ vòm sọ: X quang thấy rõ đường nứt thẳng, cong, hoặc tách ba đường. Cần phân biệt với khớp xương sọ hoặc đường ngăn của mạch máu và xương sọ. Vỡ xương ở vòm sọ có nhiều khả năng gây tụ máu ngoài màng cứng, do đó cần đặc biệt chú ý theo dõi nạn nhân.

Lõm hoặc lún xương: ở trẻ em thường bị lún xương như lún quả bóng bàn. Ở người lớn, có thể lớp trong xương sọ vỡ, chọc thủng màng cứng vào não gây giập não.

b. Vỡ xương lan xuống nền sọ: đường vỡ có thể lan xuống tầng trước, tầng giữa hay tầng sau của nền sọ. Tuỳ theo vị trí của đường vỡ có thể thấy ba triệu chứng sau đây:

- Bầm tím
  - + Ở mi mắt cả hai bên (kiểu đeo kính râm), chứng tỏ có vỡ ở trần hố mắt do chấn thương ở vùng trán.
  - + Ở xương chũm: vỡ xương chũm
- Chảy nước não tuỷ:
  - + Ở mũi: vỡ lá sàng (tầng trước)
  - + Ở tai: vỡ xương đá
- Liệt các dây thần kinh ở nền sọ
  - + Mù một mắt: liệt dây II (vỡ qua ống thị giác ở tầng trước).
  - + Liệt dây VII ngoại biên (vỡ xương đá ở tầng giữa).

Vỡ ở sọ thường không có chỉ định phẫu thuật. Đôi khi gặp máu tụ trong hố mắt đòi hỏi phải mổ vào hố mắt để lấy máu tụ. Khi có chảy nước não tuỷ ở mũi, ở tai, phải làm sạch lỗ mũi, lỗ tai và cho kháng sinh. Thường trong vài ngày nước não tuỷ ngừng chảy. Chỉ có chỉ định hàn đường rạn ở nền sọ và vá màng cứng khi nước não tuỷ tiếp tục chảy nhiều ở ngày thứ hai, thứ ba, hoặc có nguy cơ viêm màng não mủ.

s://myhanoi.com.vn/

2. Chấn thương não

Một chấn thương sọ não nặng có thể gây nhiều tổn thương hoặc biến chứng trong não, mặc dù không có vỡ sọ kèm theo. Những tổn thương đó hoặc đơn thuần hoặc xen lẫn nhau. Trong điều trị có một biến chứng đòi hỏi phải mổ cấp bách, đó là máu tụ trong hộp sọ.

Dưới đây là những tổn thương thường gặp

a. Chấn động não: sau tai nạn (ngã, tai nạn xe cộ) nạn nhân nằm bất tỉnh, mê man hoàn toàn, không cựa quậy. Nhưng sau mươi mười lăm phút hồi tỉnh lại. Trong nhiều trường hợp tỉnh hoàn toàn, còn đau đầu, choáng váng, buồn nôn. Khi hỏi, không nhớ những sự việc đã xảy ra chung quanh tai nạn. Đó là chấn động não. Nạn nhân cần được theo dõi đặc biệt trong những giờ đầu, ngày đầu (cả ngày lẫn đêm). Trong một số trường hợp nạn nhân lại mê dần, tức là có khoảng tỉnh, có máu tụ, phải mổ ngay tức khắc.

b. Giập não: đây là tổn thương chủ yếu trong chấn thương sọ não nặng. Ta có thể thấy:

- Giập não trực tiếp ở nơi chấn thương: thường có mảnh xương lún xuống não, não phòi ra ngoài, màng cứng bị rách. Nếu giập ở vùng vận động sẽ gây liệt chi bên đối diện.
- Giập não bên đối diện với nơi chấn thương ở đầu: thường giập não ở nền thuỳ trán, thuỳ thái dương. Trong một số trường hợp giập não gây chảy máu làm thành máu tụ dưới màng cứng. Giập não thường kèm theo phù não và làm cho tổn thương não nặng lên thêm.
- Giập não ở thân não: thường nạn nhân chết. Mổ tử thi thấy ở thân não có những ổ nhỏ lấm chấm máu.

Về lâm sàng, ngoài những triệu chứng thần kinh khu trú, thường thì sau chấn thương nạn nhân không tỉnh lại hoàn toàn hay mê nặng ngay từ đầu, giãy giụa nhiều có cơn có cứng, thở nhanh và thở rống lên, sốt cao, rồi chết.

Xử trí: nếu có lún xương phải nhấc xương lún và lấy não giập. Nếu có tụ máu dưới màng cứng thì đồng thời lấy máu tụ, lấy cả não giập, trong trường hợp này tiên lượng thường nặng.

c. Phù não: phù não có thể lan toả toàn bộ não, hoặc lúc đầu khu trú quanh một tổn thương như giập não, rồi sau đó lan toả ra toàn bộ não. Đó là một tổn thương ít khi thấy đơn thuần. Thường

s://myhanoi.com.vn/

do hậu quả của một tổn thương như giập não ở nền thuỳ trán, thuỳ thái dương, thân não. Một khối máu tụ nếu không lấy sớm sẽ gây chèn ép não và phù não.

Mổ tử thi thấy mặt ngoài não phẳng như quần áo là, mất hết các rãnh, các nếp nhăn.

Đây là một biến chứng nặng, nạn nhân hôn mê sâu dần, thở nhanh, thở rống. Huyết áp tăng dần rồi tụt xuống. Sốt cao 40-41°, rồi chết.

Để điều trị phù não, dùng huyết thanh ngọt ưu trương có dung dịch urê, manitol 20-30%, các loại corticoid, lasilix. Mở sọ giải toả hai bên thái dương giúp cho não tạm thời bị phù thoát ra ngoài. Đây là một biến chứng điều trị khó và tử vong cao.

d. Xẹp não: đây là một biến chứng ít gặp. Về lâm sàng cũng thấy những triệu chứng nặng như trong phù não. Thường chỉ chẩn đoán được khi mổ tử thi hay khoan thăm dò, thấy màng cứng nằm cách xa hộp sọ. Về điều trị, có thể chọc dò não thất và bơm hơi hay huyết thanh để làm não giãn ra. Tiên lượng thường xấu.

e. Chảy máu dưới khoang nhện: thường sau một chấn thương nặng có thể gây ít nhiều giập não. Nếu máu chảy tương đối ít thì có thể hoà với nước não tuỷ mà không tụ lại thành khối máu tụ. Thường nạn nhân tỉnh táo, đau đầu nhiều, nôn, cổ cứng, có triệu chứng Kernig. Nếu tỉnh táo trên một hai ngày thì có thể chọc dò nước não tuỷ để hút bớt nước não tuỷ có máu, đây cũng là một phương pháp điều trị. Cần chú ý: nếu nạn nhân đi vào hôn mê dần và nghi có máu tụ thì không nên chọc dò nước não tuỷ vì có nguy cơ tụt hạnh nhân tiểu não.

g. Máu tụ trong sọ: trong các loại tổn thương hoặc biến chứng cấp tính ở não, đây là một biến chứng đòi hỏi phải mổ kịp thời, cấp bách, mới có thể cứu sống được nạn nhân.

Có ba loại tụ máu:

- Máu tụ ngoài màng cứng: sau một sang chấn vào đầu (ví dụ: bị đánh), xương bị nứt rạn làm rách một nhánh động mạch hay tĩnh mạch màng não giữa, và gây chảy máu ngoài màng cứng. Máu đông thành bánh, trong đa số trường hợp thường nằm ở vị trí thái dương, đỉnh, trán. Rất hiếm gặp máu tụ ở vùng chẩm, tiểu não.

s://myhanoi.com.vn/

- Máu tụ dưới màng cứng: có hai loại
  + Cấp tính hay bán cấp: thường do một chấn thương nặng, đầu đập vào nền cứng (ngã cao, tai nạn xe cộ) gây giập não đối diện với nơi bị chấn thương. Máu chảy ở nơi vỏ não bị giập (thường ở nền thuỳ thái dương, thuỳ trán) rồi gây máu tụ. Máu tụ ở dưới màng cứng có tính chất lan toả rộng ở bán cầu não, máu loãng và hoà với nước não tuỷ, máu đỏ sẫm, kèm theo máu cục và não giập. Khi rạch vào màng cứng, trông thấy màu xanh tím, áp lực máu rất căng trong não, chảy vọt ra ngoài.

Nếu não giập nhiều mà máu tụ là thứ yếu thì liên lượng rất nặng. Nếu máu tụ là chủ yếu, não giập ít, mà mổ kịp thời thì có nhiều hy vọng cứu sống nạn nhân hơn.

  + Máu tụ mạn tính: xuất hiện sau vài tuần, đôi khi hàng tháng sau chấn thương. Chấn thương có khi rất nhẹ đến nỗi nạn nhân không nhớ rõ nữa. Máu tụ do đứt một tĩnh mạch nhỏ đi từ não tới xoang tĩnh mạch dọc trên, máu chảy rất chậm, làm thành một khối máu tụ loãng, có bao dính vào vỏ não và mặt trong màng cứng, lan toả rộng khắp hầu hết phần trên bán cầu não, nhiều khi máu tụ cả hai bên bán cầu não.

Tiến triển lâm sàng chậm như một u não, và phần lớn nạn nhân không vào khoa cấp cứu. Tiên lượng thường tốt, ngay cả với người già, vì sự điều trị phẫu thuật tương đối đơn giản.

- Máu tụ trong não: đây là một tổn thương tương đối ít gặp hơn hai loại trên. Thường thấy ở thuỳ thái dương hay thuỳ trán kèm theo giập não và ít nhiều tụ máu dưới màng cứng. Máu chảy ở vỏ não bị giập thường gây máu tụ dưới màng cứng, nhưng trong trường hợp này máu chảy vào trong mô não và gây máu tụ ở đây.

3. Chẩn đoán máu tụ trong sọ

Chẩn đoán máu tụ cấp tính hay bán cấp dựa vào một triệu chứng cơ bản, đó là *tri giác xấu dần.*

Ngay sau tai nạn, nạn nhân hôn mê trong 10-15 phút rồi tỉnh lại. Đến bệnh viện, nạn nhân trả lời minh mẫn nhưng quên sự việc

s://myhanoi.com.vn/

đã xảy ra. Thường còn đau đầu và buồn nôn. Cần phải theo dõi tri giác nửa giờ một lần. Nếu sau vài giờ nạn nhân trả lời kém minh mẫn hoặc đi vào hôn mê nhanh chóng, tức là tri giác xấu dần. Chẩn đoán là máu tụ trong sọ, cần mổ ngay tức khắc. Nếu hôn mê ngay từ đầu, nhiều khi bị kích thích, giãy giụa thì không có chỉ định mổ. Có thể sau vài ngày nạn nhân tỉnh dần, nhưng cũng có thể hôn mê nặng hơn, mọi phản ứng kém hơn. Trong trường hợp này, có chỉ định mổ, nhưng thường tiên lượng rất xấu vì ngoài máu tụ (thường ở dưới màng cứng) còn có giập não nặng. Như vậy, dù trong trường hợp nào chẩn đoán cũng không dựa vào tình trạng của tri giác, mà phải dựa vào sự *tiến triển xấu dần của tri giác*. Do đó, ta thấy sự cần thiết phải theo dõi để so sánh tri giác của nạn nhân từng nửa giờ hay một giờ để phát hiện máu tụ và xử trí kịp thời.

- Tiến triển xấu dần của tri giác như sau:
  + Tri giác hiểu biết (hỏi, thi hành mệnh lệnh): trước trả lời đúng, nhanh, sau trả lời chậm (như đang thiếp ngủ)
  + Tri giác tự động: khi bấu vào cạnh sườn nạn nhân có thể gạt nhanh đúng chỗ bấu hoặc gạt chậm không đúng chỗ hoặc không gạt, hoặc chỉ hơi nhích đầu chi.
  + Tri giác bản năng: khi cho uống, nạn nhân có thể nuốt nhanh hoặc nuốt chậm, hoặc không nuốt, hoặc sặc.
- Ngoài triệu chứng cơ bản nói trên, còn có thể thấy một số triệu chứng phụ sau đây:
  + Giãn đồng tử một bên dần dần (90% có máu tụ bên đó). Nếu ngay sau chấn thương có giãn đồng tử ngay, tức là có tổn thương dây III thì không phải do máu tụ chèn ép.
  + Liệt nửa người dần dần (70-80% có máu tụ bên trong phía đối diện)
  + Huyết áp tăng dần
  + Mạch chậm dần

Thường chẩn đoán máu tụ dựa vào lâm sàng là chính. Nếu có điều kiện chụp X quang, sẽ thấy đường vỡ sọ hoặc lún sọ. Trong những trường hợp nghi ngờ, có thể làm mạch não đồ. Không nên chọc dò tuỷ sống vì không giúp ích gì cho chẩn đoán máu tụ mà đôi khi còn nguy hiểm.

s://myhanoi.com.vn/

Mổ chậm là nguyên nhân của tử vong vì tiên lượng, chủ yếu dựa vào *tình trạng của tri giác trước lúc mổ*. Nếu trước mổ, nạn nhân còn trả lời được (tuy chậm) thì tỷ lệ tử vong là 20-30%. Nhưng nếu cũng ở nạn nhân đó ta phát hiện bệnh chậm, hoặc do dự, hoặc không có phương tiện chuyên chở sớm đến bệnh viện chuyên khoa, mà để không còn phản ứng khi tới bàn mổ, thì tỷ lệ tử vong là hơn 90%.

4. Điều trị chấn thương sọ não kín

a. Nội khoa: nếu nạn nhân đến bệnh viện vẫn tỉnh táo thì chủ yếu theo dõi tri giác để phát hiện máu tụ. Nếu nạn nhân đau đầu, dùng aspirin hay hỗn hợp phenacetin, pyramidon, cafein, luminal.

Nếu mê man, bị kích thích giãy giụa nhiều, thì có thể buộc chân tay nạn nhân vào thành giường, hoặc có người giữ. Cho những loại thuốc như natri bromur 1-2g tiêm tĩnh mạch, hoặc gardenal, luminal tiêm bắp. Tránh dùng morphin, dolargan, vì gây ức chế hô hấp và giảm tri giác, khó theo dõi, cố tránh dùng aminazin, hay clopromazin vì có tác dụng làm giảm tri giác.

Nếu sốt cao thì chườm đá, quạt lạnh. Nếu sốt do nhiễm khuẩn thì phải dùng kháng sinh.

Cho các loại vitamin, các dung dịch ưu trương chống phù não, và kháng sinh nếu cần.

Nuôi dưỡng nạn nhân bằng đường tĩnh mạch (huyết tương và máu nếu cần). Từ ngày thứ hai, nên đặt ống nuôi dưỡng bằng một ống đặt vào dạ dày cho đến khi phản xạ nuốt trở lại hoàn toàn. Trong ngày thứ hai, dùng nước đường, từ ngày thứ ba dùng sữa.

Chú ý: chống loét đa vùng xương cùng bằng cách trở mình đều đặn cho nạn nhân trên giường đệm cao su. Cần đặt ống thông bàng quang cho những người mê man, tránh làm căng bàng quang hoặc đái dầm gây loét.

b. Ngoại khoa: nếu nạn nhân hôn mê, thở nhanh, khò khè thì nên mở khí quản sớm cho hút đờm dãi, thở oxy. Mở khí quản ngay trên giường bệnh nếu cần.

* *Khoan thăm dò:* có thể khoan từ 6 đến 8 lỗ ở hai bên bán cầu não, vào vùng thái dương, vùng trán, vùng chẩm, và đôi khi vào vùng tiểu não.

Bắt đầu khoan bên phía:

s://myhanoi.com.vn/

- Cạnh đường nứt rạn xương
- Bên cạnh đồng tử
- Bên đối diện với bên liệt nửa người
- Nơi vật cứng đập vào đầu (bị đánh)
- Đối diện với điểm đầu đập vào nền cứng (ngã): tổn thương bên đối diện.

* *Phẫu thuật máu tụ ngoài màng cứng:* máu tụ ngoài màng cứng thường thấy ở vùng đầu bị chấn thương khi đầu ở tư thế cố định (thí dụ: bị đánh) có vỡ xương, khoảng tỉnh không rõ ràng.

Ta thấy ngay dưới lỗ khoan có máu cục phòi ra ngoài. Dùng một que đầu tù (trocart, stylet) thăm dò nhẹ cho đến khi đụng vào màng cứng. Thăm dò bốn phía sẽ cho thấy trung tâm máu tụ ở phía nào và gặm xương theo hướng đó. Nếu lỗ khoan vào vùng thái dương không cho thấy máu tụ thì nên gặm thêm xuống nền sọ thăm dò thêm, tránh để sót.

Lấy máu tụ bằng thìa nạo hay thìa. Không nạo mạnh vào màng cứng, ở đó nên để lại một ít máu đông, tránh gây rỉ máu. Ở điểm chảy máu nhiều, cầm máu bằng dao điện, clip, hay khâu một mũi chỉ vào màng cứng ở nơi rỉ máu rồi dùng huyết thanh nóng hay nước oxy già để cầm máu. Khâu 4-5 mũi chỉ vào màng cứng rồi đính vào lớp màng xương. Đặt một ống dẫn lưu rồi khâu lớp cơ và da.

Trong trường hợp không có đủ tiện nghi, nhưng nạn nhân hôn mê nhanh, không thể chuyển đi xa được, thì phẫu thuật viên, dù không chuyên khoa, cũng không còn cách nào khác là phải mổ ngay để cứu sống người bệnh. Có thể dùng một cái khoan thợ mộc, dùng một cái banh khoẻ để mở rộng xương, lấy máu tụ giải toả não. Làm được chừng đó là có hy vọng cứu sống nạn nhân. Đôi khi máu chỉ rỉ chảy, nhưng nếu máu chảy nhiều mà không cầm được thì có thể buộc động mạch cảnh ngoài. Cũng có thể khâu một mũi chỉ vào màng cứng rồi kéo màng cứng dính vào da đã khâu tạm trên một ống dẫn lưu cao su. Sau đó chuyển đến một đơn vị phẫu thuật thần kinh hoặc mời phẫu thuật viên chuyên khoa đến mổ tiếp. Đôi khi làm như vậy máu cũng tự cầm lại. Máu mất đi có thể bù lại bằng truyền máu trong khi chờ đợi. Điều quan trọng là đã giải thoát được bộ não khỏi sự chèn ép trước khi đã quá muộn.

s://myhanoi.com.vn/

* *Máu tụ dưới màng cứng:* trong trường hợp máu tụ cấp tính hay bán cấp, thường nạn nhân không có khoảng tỉnh rõ ràng, hoặc ngay sau tai nạn đã hôn mê, bị kích thích, giãy giụa nhiều. Tổn thương ban đầu trước khi hình thành máu tụ là giập não đối diện với nơi bị chấn thương. Tiên lượng thường xấu.

Khoan sọ thường làm ở vùng thái dương, trên cung zygoma hoặc trên cung lông mày để vào ngay nền thuỳ thái dương hay nền thuỳ trán (tránh bỏ sót). Sau lỗ khoan nếu thấy màng cứng màu tím xanh thì mở ngay, nước máu đỏ thẫm sẽ vọt ra ngoài và như vậy giải thoát não khỏi chèn ép càng sớm càng tốt. Gặm rộng xương sọ. Mở màng cứng hình sao. Dùng một chiếc banh dẹt và nhỏ ép nhẹ vỡ não khỏi màng cứng chung quanh, đồng thời dùng ống Nélaton nhỏ bơm rửa lấy máu cục và não giập ra ngoài. Cầm máu bằng dao điện, hoặc chít một miếng bông vào nơi chảy máu ở vỡ não. Đặt một ống dẫn lưu kín. Để hở màng cứng. Khâu cơ và da hai lớp.

Trong một số trường hợp hiếm, không thấy máu tụ, mà là một túi thanh dịch (hygroma), nước màu vàng rơm hay trong là từ nước não tủy.

* *Máu tụ trong não:* trong đa số trường hợp, máu tụ trong não ở vùng thùy thái dương hay thùy trán. Mở màng cứng thấy ít máu tụ dưới màng cứng, nhưng não giập và máu cục phòi từ trong mô não ra ngoài. Đôi khi chọc thăm dò trong mô não bằng một trocart hút ra một ít máu loãng lổn nhổn máu cục. Mở não và tìm máu tụ theo hướng đó. Cầm máu bằng chít bông tẩm huyết thanh nóng và bằng dao điện. Đặt một ống dẫn lưu kín rồi khâu da hai lớp.

CHẤN THƯƠNG NGỰC

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương lồng ngực là loại tổn thương bao gồm cả chấn thương lồng ngực kín và vết thương ngực hở. Về nguyên tắc, cả hai loại thương tổn này đều có cách điều trị giống nhau, nghĩa là phục hồi những rối loạn thăng bằng sinh lý hô hấp là chủ yếu và hàng đầu, còn thương tổn giải phẫu đứng hàng thứ yếu vì chỉ có định phẫu thuật rất hạn chế và chặt chẽ.

s://myhanoi.com.vn/

II. NHỮNG TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU VÀ CÁCH ĐIỀU TRỊ

1. Gẫy xương sườn

Gẫy xương sườn là loại thương tổn rất hay gặp, thường là nhẹ và không để lại di chứng. Điều cốt yếu là phải tìm những thương tổn kèm theo với gãy xương sườn là gì, từ đó mới có cách xử trí thích hợp. Đối với gẫy xương sườn ở người già vì đau nên không dám thở, nên dễ dẫn đến ứ đờm dãi, và xẹp phổi. Đối với gẫy xương sườn ở trẻ em, vì xương rất mềm, xốp, khó gẫy, do đó phải có một tác nhân rất mạnh mới có thể làm gẫy xương sườn được, vì vậy thương tổn kèm theo trong lồng ngực thường là nặng... Đối với gẫy xương sườn 7,8,9 cần chú ý tránh bỏ sót vỡ gan (bên phải) và vỡ lách (bên trái).

Nguyên tắc điều trị là làm giảm đau để nạn nhân không bị hạn chế hô hấp.

Tốt nhất là phong bế dây thần kinh liên sườn bằng xylocain ở gốc (cách đường giữa 3 khoát ngón tay). Không nên dùng băng dính to bản để cố định xương sườn gẫy, vì làm như vậy sẽ gây hạn chế hô hấp.

2. Mảng sườn

Khi xương sườn gẫy 2 nơi trên một cung và 3 xương liên tiếp thì tạo thành 1 mảng sườn. Có khi chỉ gẫy một nơi còn phần kia là sụn sườn, người ta gọi là nửa mảng sườn, mảng này sẽ di động theo hình cánh cửa với sụn sườn là bản lề.

Mảng sườn có thể cố định do các đầu gãy cài vào nhau, có thể di động tiên phát do các đầu gẫy không cài vào nhau, hay di động thứ phát do các đầu gẫy bật ra khi thay đổi áp lực đột ngột trong khoang màng phổi. Một mảng sườn nếu không di động sẽ dần dần thụt vào bên trong do áp lực âm tính của khoang màng phổi hút vào, để lại di chứng là hạn chế hô hấp.

Khi có mảng sườn di động cần nhanh chóng cố định lại bằng cách đặt cuộn băng vào vùng mảng sườn, rồi băng vòng quanh ngực, cốt để mảng sườn thụt vào không di động nữa, và chuyển ngay nạn nhân về bệnh viện để điều trị thực thụ.

s://myhanoi.com.vn/

Điều trị thực thụ bao gồm: hồi sức (truyền máu khi có tràn dịch màng phổi nhiều), hút đờm dãi, giải phóng khoang màng phổi (dẫn lưu máu và khí) và cố định mảng sườn.

Cố định theo 2 phương pháp chính: cố định giải phẫu (xuyên đinh, kéo tạ liên tục, buộc chỉ thép nẹp Judet) và cố định sinh lý (đặt nội khí quản, tiêm thuốc giãn cơ, thở máy). Tuỳ từng hoàn cảnh mà chọn những phương pháp thích hợp.

3. Tràn máu màng phổi

Máu chảy vào khoang màng phổi từ những nguồn sau: nhu mô phổi, mạch máu thành ngực, mạch máu trung thất.

Nếu số lượng ít có thể tự tiêu và không để lại di chứng, nếu nhiều thì gây chèn ép phổi không cho phổi nở lên, nhiễm khuẩn hay đông lại thành máu cục.

Phải hút ngay và hút hết ngay sau khi đã có chẩn đoán tràn máu màng phổi. Tốt nhất là đặt một ống dẫn lưu cỡ 28-32 Fr qua khoang liên sườn 5,6 đường nách giữa để hút liên tục. Thường chỉ sau 24 giờ là hết chảy và có thể rút ống dẫn lưu. Nếu thấy máu chảy không có xu hướng giảm đi (khoảng 300ml/giờ, trong 3 giờ liền) thì không nên điều trị bảo tồn nữa mà phải mở lồng ngực cấp cứu để cầm máu. Nếu chỉ bị tổn thương có hơn 1 giờ mà số máu qua ống dẫn lưu tới 500ml thì cũng phải mổ. Ở trẻ con tất nhiên là không thể đợi cho tới khối lượng như trên mới quyết định mà phải xử trí nhanh hơn.

Trong hoàn cảnh không có phương tiện để dẫn lưu hút liên tục thì mới làm chọc hút màng phổi.

Cần chụp X quang. Kiểm tra lồng ngực xem phổi có nở không, trong màng phổi đã hết máu chưa.

4. Tràn khí màng phổi

Không khí tràn vào màng khoang màng phổi do 2 nguồn: từ ngoài qua thành ngực và từ trong qua nhu mô hay khí phế quản bị rách.

Tràn khí màng phổi làm cho phổi không nở lên được, trung thất bị đẩy sang bên đối diện, khi tràn khí dưới áp lực nghĩa là càng

s://myhanoi.com.vn/

ngày không khí càng tràn vào màng phổi do van 1 chiều, sẽ gây tình trạng khó thở dữ dội, nguy kịch, vì không những phổi bên bị thương không nở lên mà phổi bên lành cũng rất khó nở do trung thất bị đẩy chèn ép vào.

Khi cấp cứu phải bịt ngay vết thương thành ngực (nếu là vết thương ngực hở) và dùng một kim to có buộc đầu găng cao su đã cắt rách ở đầu, chọc ngay vào khoang liên sườn 2,3 giữa xương đòn rồi chuyển nạn nhân đi bệnh viện.

Cách điều trị tốt nhất là dẫn lưu màng phổi ở khoang liên sườn 2,3 giữa xương đòn (có thể ở khoang liên sườn 5,6 đường nách giữa) với 1 ống dẫn lưu cỡ 18-20 Fr. Hút liên tục ống dẫn lưu này. Nếu thấy khí càng ngày càng ít ra qua ống dẫn lưu, chụp ngực kiểm tra thấy phổi nở dần lên thì tiếp tục hút như vậy cho đến khi hết khí và phổi nở hết rồi mới rút ống dẫn lưu.

Nếu khí vẫn ra nhiều, phổi không nở lên, thì tăng áp lực hút lên (có thể tới 60-70cm H_2O). Nếu phổi vẫn không nở, khí vẫn ra nhiều thì phải mở ngực để điều trị. Hai nguyên nhân chính gây ra là: nhu mô phổi bị giập nát nhiều và vỡ khí phế quản.

5. Vết thương ngực hở

Vết thương ngực hở là loại vết thương gây thủng màng phổi lá thành, làm cho khoang màng phổi thông với không khí bên ngoài (vết thương có thể không ở trên thành ngực, và lỗ thông thường có thể đã bịt kín).

Khi vết thương ngực còn đang hở sẽ gây nên 2 hội chứng: hô hấp đảo ngược và trung thất di động. Hai hội chứng này tác động lẫn nhau rất dễ gây nên suy hô hấp và suy tuần hoàn, cần phải nhanh chóng bịt kín lỗ vết thương để cắt đứt vòng luẩn quẩn này. Bịt kín tạm thời bằng băng hoặc nút Depage; nếu ở bệnh viện thì khâu kín. Sau đó phải dẫn lưu màng phổi vì trong màng phổi lúc này có tràn máu và tràn khí.

6. Vết thương ngực - bụng

Vết thương có thể xuyên từ ngực xuống bụng, hay ngược lại. Ngoài các tạng trong ngực và bụng bị tổn thương, thì chớ quên cơ hoành bị thủng.

s://myhanoi.com.vn/

Nguyên tắc điều trị là giải phóng khoang màng phổi (dẫn lưu màng phổi, hút máu và khí) rồi sau đó mới mổ bụng để sửa chữa thương tổn. Nếu thấy máu hay khí qua ống dẫn lưu nhiều (như phần trên đã nói) thì phải mổ ngực.

Không được quên khâu cơ hoành. Ống dẫn lưu ổ bụng cũng phải kín, nếu không thì không khí sẽ qua ống đó lên khoang màng phổi qua chỗ khâu vết thương cơ hoành, làm cho phổi khó nở lên được.

7. Xẹp phổi

Xẹp phổi là do khí quản bị tắc. Tắc là do dờm dãi ứ lại, do máu chảy vào hay do dị vật, bên cạnh đó còn có nguyên nhân quan trọng nữa là vì đau nên nạn nhân không dám thở mạnh, và không dám ho để tống đờm dãi ra ngoài.

Xẹp phổi rất hay gặp trong chấn thương ngực. Điều cốt yếu là phải chẩn đoán sớm và đúng (dấu hiệu co kéo trên phim chụp ngực, ngược với dấu hiệu đẩy do tràn khí màng phổi).

Điều trị bao gồm kích thích cho nạn nhân ho, nếu không ho được mới hút khí - phế quản.

III. NHỮNG CHỈ ĐỊNH MỔ NGỰC CẤP CỨU

Phần lớn những chấn thương lồng ngực với điều trị bảo tồn (dẫn lưu màng phổi, hồi sức) đều khỏi và ra viện mà không để lại di chứng gì quan trọng. Chỉ có một số rất ít (khoảng 5%) mới phải mổ ngực cấp cứu để sửa chữa những thương tổn giải phẫu bên trong.

1. Vết thương toác rộng ở ngực

Thường là do hoả khí (mảnh bom, mìn) gây vết thương lớn ở ngực, lộ các tạng bên trong, dẫn đến rối loạn hô hấp và tuần hoàn nghiêm trọng (hội chứng hô hấp đảo ngược và trung thất di động). Cần phải khâu ngay lại thành ngực sao cho kín sau khi đã sửa chữa các vết thương tổn bên trong, cắt lọc và dẫn lưu. Trên thực tế rất ít khi gặp loại tổn thương này, vì phần lớn nạn nhân đã chết trước khi đến bệnh viện.

s://myhanoi.com.vn/

2. Tràn máu màng phổi nhiều

Như trên đã nói, trước hết là dẫn lưu màng phổi, hút liên tục và truyền máu (khi cần). Nếu thấy lượng máu tiếp tục ra nhiều (300ml/ giờ trong 3 giờ liền) tình trạng nạn nhân có thay đổi (bắt đầu có mạch nhanh, huyết áp tụt, khó thở và không nằm yên), thì không nên điều trị bảo tồn nữa và phải mở ngực để cầm máu (khâu hay cắt phổi, cầm máu các mạch máu ở thành ngực).

3. Tràn khí màng phổi nhiều

Qua ống dẫn lưu, khí vẫn phì ra, dù đã tăng áp lực hút, mặt khác chụp ngực kiểm tra thấy phổi không nở lên. Có 2 nguyên nhân chính: nhu mô phổi giập nát nhiều hoặc vỡ khí - phế quản. Nếu thấy có tràn khí vùng cổ và tràn khí trung thất trên X quang, cần soi phế quản để xác định chỗ vỡ. Mở ngực cấp cứu để khâu lại khí - phế quản hoặc cắt bỏ vùng phổi bị giập nát nhiều .

4. Vết thương tim

Tim bị tổn thương có thể do 2 nguyên nhân: chấn thương kín gây vỡ tim và vết thương tim do mảnh bom đạn hay vật nhọn đâm thủng.

Về lâm sàng có 2 hình thái: chèn ép tim cấp tính và tràn máu màng phổi nhiều hay chảy máu nhiều qua vết thương.

- Chèn ép tim cấp tính là một hội chứng gây ra do máu từ trong buồng tim chảy vào màng tim, làm cho áp lực trong màng tim ngày một tăng, ép quả tim lại, cản trở tim nở lên khi tâm trương, đến một lúc nào đó tim không nở được và ngừng đập. Hội chứng này xảy ra trong vỡ tim do chấn thương ngực kín và trong vết thương tim, nhưng lỗ thủng màng tim đã bị bịt kín lại do máu cục. Những dấu hiệu lâm sàng như sau:

  Bệnh nhân giãy giụa, tím tái, tĩnh mạch nổi căng, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt và kẹt, đo áp lực tĩnh mạch trung tâm thấy rất cao, nghe tim có thể thấy tiếng tim mờ, soi X quang thấy tim co bóp yếu. Trên siêu âm thấy có tràn dịch màng tim. Chọc màng tim có máu (có khi máu này đông được, nhưng cần phải phân biệt được kim hút máu từ buồng tim).

s://myhanoi.com.vn/

– Hội chứng chảy máu nặng.

Đứng trước một vết thương vùng ngực, nhất là nằm trong tam giác giới hạn với một cạnh là xương ức, đỉnh là núm vú trái thì phải nghĩ ngay đến vết thương tim. Khi có vết thương tim, máu chảy vào màng tim, từ đó chảy vào màng phổi hoặc chảy thẳng ra ngoài qua thành ngực. Dấu hiệu lâm sàng là tình trạng mất máu nặng, nạn nhân nhợt nhạt, mạch nhanh, huyết áp tụt, áp lực tĩnh mạch trung tâm giảm mạnh.

Đứng trước cả hai hội chứng trên, cần phải có thái độ xử trí đúng và kịp thời, nếu không nạn nhân sẽ chết, nhưng nếu xử trí sai (chẩn đoán nhầm là tim bị thương tổn, khi mổ ngực lại không có gì) thì tỷ lệ tử vong sẽ rất cao. Tuỳ hoàn cảnh cụ thể mà áp dụng một trong những biện pháp sau đây:

+ Chọc hút màng tim: chọc theo đường Marfan (mũi ức, nạn nhân nằm tư thế Fowler). Chọc hút màng tim nhằm chẩn đoán xác định và khi không có điều kiện mổ ngực thì hút máu màng tim, giúp cho tim đỡ bị chèn ép. Có thể chọc nhiều lần, và có khoảng gần 1/2 số nạn nhân là qua khỏi.

+ Cắt sụn sườn 5 bên trái: cắt một đoạn sụn sườn 5 trái, khoảng 2cm bằng gây tê, đi thẳng vào màng tim mà không qua màng phổi, giúp chẩn đoán xác định khi nghi ngờ một vết thương tim. Nếu không có máu trong màng tim thì khâu lại, nếu có máu thì gây mê, rạch rộng đường này để điều trị thực thụ.

+ Mở ngực cấp cứu: thường dùng đường mổ ngực trái qua khoang liên sườn 5, đường rạch trước bên, nếu cần thì cắt ngang qua xương ức sang phải. Tốt nhất là đường rạch bổ dọc xương ức, nhưng đòi hỏi phải có kinh nghiệm và có dụng cụ. Dùng chỉ khâu vết thương từng mũi rời.

s://myhanoi.com.vn/

THƯƠNG TÍCH MẠCH MÁU

Thương tích mạch máu nhằm chỉ những tổn thương do vết thương (vật nhọn, đạn, mảnh) và đụng giập (vật nặng đè vào) tác động vào mạch máu. Nhưng tác nhân trên có thể làm thương tổn động mạch, tĩnh mạch, tất nhiên là cả phần mềm, xương và thần kinh. Bản thân mạch máu có khi chỉ bị tổn thương lớp nội mạc hoặc lớp nội mạc kèm với lớp giữa (cơ) hoặc cả ba lớp. Như vậy sau khi bị thương không nhất thiết phải có chảy máu, mà có khi chỉ là tắc lòng mạch hay máu tụ dưới da. Ngoài những nguyên nhân trên đôi khi còn gặp thương tích mạch máu do giảm tốc độ đột ngột (tai nạn giao thông, máy bay rơi) động mạch chủ bị giằng xé giữa phần di động và phần cố định, gây rách lớp nội mạc và lớp cơ; với vũ khí hiện đại có tốc độ cực nhanh (1000m/giây), viên đạn đi xuyên qua cơ thể tạo thành một khoảng trống tức thời, làm tổn thương mạch máu một cách gián tiếp chứ không đụng chạm trực tiếp.

I. CHẨN ĐOÁN

Cần phải bỏ ý định của một thói quen sai lầm là cứ phải chảy máu mới nghĩ đến vết thương mạch máu, những biểu hiện lâm sàng của một tổn thương động mạch như sau:

1. Vết thương đang chảy máu

Máu chảy ra ngoài, nếu động mạch ở nông dưới da (động mạch đùi, động mạch cảnh) thì có thể thấy máu phun thành tia, còn thông thường do vướng phần mềm nên máu tràn ra ngoài, khó có thể phân biệt đây là máu động mạch hay máu tĩnh mạch, nhất là trong điều kiện sơ cứu tại chỗ. Vấn đề chính lúc này là tìm cách cầm máu và chuyển nhanh nạn nhân đến bệnh viện.

2. Vết thương đã ngừng chảy máu

Do phần mềm bao bọc hoặc do sơ cứu nên vết thương không còn chảy máu nữa, biểu hiện bên ngoài chỉ như một vết thương phần mềm. Cần chú ý rất dễ bỏ sót. Tìm hội chứng thiếu máu ở phía

s://myhanoi.com.vn/

ngoại biên, thể hiện bằng không có mạch hoặc mạch yếu hơn bên đối diện, chi lạnh, vận động và cảm giác giảm, da có thể nhợt nhạt hơn (nhưng có khi tím hơn do tĩnh mạch bị chèn ép). Vị trí vết thương chỉ đóng vai trò gợi ý khi nằm trên đường đi của động mạch.

3. Máu tụ dưới da

Máu chảy ra ngoài lòng mạch nhưng được phần mềm bao bọc nhất là lớp cân ngăn không cho chảy ra qua da, tạo thành một khối máu tụ. Khối này vì thông với mạch máu nên to lên nhanh chóng, căng và có khi thấy đập. Nghe có thể thấy tiếng thổi, mạch ở phía dưới vẫn còn.

4. Tắc mạch

Thường do đụng giập mạch máu, lớp nội mạc bị thương tổn gây máu cục lấp lòng mạch, mạch máu có thể bị tắc sau một vết thương, cục máu hình thành ngoài tác dụng bịt lỗ vết thương còn có thể gây bịt cả lòng mạch máu.

Dấu hiệu lâm sàng: nếu là do chấn thương kín thường rất dễ bỏ sót vì không có vết thương ngoài da, chỉ thể hiện bằng hội chứng thiếu máu phía ngoại biên.

Đứng trước một nạn nhân nghi động mạch bị thương tổn, ngoài các dấu hiệu lâm sàng, nên có thêm khám cận lâm sàng nhất là đối với những trường hợp khó xác định.

Siêu âm Doppler nhằm phát hiện có dòng chảy và so sánh với bên lành có tương ứng không. Đây là một thăm dò rất có giá trị, có khả năng giúp chẩn đoán tới 95%.

Chụp động mạch: tính hơn hẳn của thăm dò này cho biết không những động mạch có thương tổn hay không mà còn xác định vị trí, tính chất của thương tổn. Tuy nhiên không phải ở đâu cũng thực hiện được, và cũng không nhất thiết phải chụp cho tất cả những trường hợp bị thương tổn động mạch.

II. XỬ TRÍ

1. Sơ cứu

Khi sơ cứu ngay tại chỗ thì điều cốt yếu là cầm máu. Cầm máu tạm thời thực hiện bằng những cách sau đây:

s://myhanoi.com.vn/

- Băng ép: là biện pháp dễ thực hiện nhất và an toàn. Dùng gạc vô trùng đắp lên vết thương, băng vòng tròn ra ngoài sao cho không thấy máu thấm ra nữa.
- Nút gạc: nếu có vết thương phần mềm ở sâu thì dùng gạc nhét vào lỗ vết thương này, không cần băng vòng tròn xung quanh.
- Garô: là một biện pháp cầm máu tốt, nhưng cũng rất dễ gây nên hậu quả đáng tiếc vì phần lớn là thực hiện không đúng quy cách. Chỉ nên đặt garô trong những hoàn cảnh sau: mỏm cụt, chi giập nát không còn khả năng bảo tồn mà phải cắt cụt, thời gian vận chuyển nạn nhân đến bệnh viện dưới 1 giờ.

2. Điều trị thực thụ

- Điều kiện thực hiện:

Cần chuẩn bị những điều kiện sau đây trước khi định mổ, nếu không có thì tốt nhất là không nên mổ mà chuyển đi bệnh viện tuyến trên. Những dụng cụ tối thiểu cho mổ mạch máu (kim, chỉ không gây chấn thương cỡ 4/0, 5/0, ống thông Fogarty để lấy máu cục...) phương tiện hồi sức (đường truyền tĩnh mạch tốt khi cần truyền nhanh một khối lượng lớn dịch, máu) người mổ có khả năng thực hiện các thủ thuật về mạch máu (phẫu tích để tìm mạch máu, cắt lọc, buộc và khâu mạch máu).

- Đường mổ

Nguyên tắc là rạch rộng, vì khi động mạch bị đứt sẽ co về 2 phía, nên 2 đầu rất xa nhau. Bao giờ cũng rạch theo đường đi của mạch máu chứ không theo vết thương ngoài da.

- Sửa chữa vết thương mạch máu:

Sau khi đã phẫu tích thấy rõ vết thương mạch máu (trong trường hợp động mạch bị đụng giập, đôi khi nhìn bên ngoài tưởng là bình thường vì không thấy có vết thương nào) cần cắt lọc 2 đầu cho tới chỗ bình thường (với vết thương bên cũng cần phải cắt lọc). Sau đó mới quyết định cách thức xử trí là khâu vết thương bên, khâu nối trực tiếp, khâu nối nhờ một đoạn mạch ghép (tĩnh mạch hiển trong hay mạch nhân tạo). Trước khi khâu phục hồi lại lưu thông

s://myhanoi.com.vn/

dòng máu bao giờ cũng phải lấy hết máu cục ở 2 phía bằng ống thông Fogarty và rửa sạch bằng huyết thanh có pha héparin.

Nếu không thể khâu nối được mới phải thắt động mạch. Cần thắt cả 2 đầu (thường hay quên thắt đầu ngoài vì không thấy máu chảy). Một điều bắt buộc phải làm và làm cho tốt trước khi khâu phục hồi lưu thông dòng máu là cắt lọc vết thương phần mềm. Phải cắt lọc sạch, nếu không chắc chắn sẽ thất bại vì nhiễm khuẩn. Nếu có gẫy xương thì cần cố định xương gẫy trước

Một điều cần cân nhắc kỹ lưỡng trước khi quyết định khâu nối là đánh giá thương tổn, chỉ khâu nối khi thương tổn kèm theo với động mạch không căng quá, nếu vết thương phần mềm quá rộng phải cắt lọc nhiều, không còn mô che phủ mạch máu nữa thì chỗ khâu mạch máu chắc chắn sẽ bục.

Sau khi khâu nối xong, nhất là đối với những trường hợp đến muộn có dấu hiệu phù nề, phải mở dọc cân.

3. Vết thương tĩnh mạch

Đối với những vết thương tĩnh mạch lớn (tĩnh mạch khoeo, tĩnh mạch đùi) thì phải khâu nối lại mới đảm bảo kết quả chỗ khâu động mạch hoặc tránh phù nề chi. Nguyên tắc khâu nối tĩnh mạch không khác với động mạch, nhưng tỷ lệ thất bại do tắc cao hơn. Trong trường hợp thiếu mạch không khấu nối trực tiếp được thì phải ghép: dùng một đoạn ghép nhân tạo thường không đạt kết quả, mà phải dùng tĩnh mạch hiển trong, làm cho rộng ra rồi ghép.

4. Chỉ định cắt cụt

Khi thấy những hoàn cảnh sau đây thì nên cắt cụt sớm chứ không nên khâu phục hồi lưu thông dòng máu:

- Garô đã quá 6 giờ
- Chi giập nát
- Thương tổn phối hợp nặng (phần mềm, xương, thần kinh).
- Dấu hiệu thiếu máu không hồi phục: các cơ cứng, đau, cảm giác da không còn, nổi nốt phỏng

s://myhanoi.com.vn/

5. Săn sóc sau mổ

- Dùng heparin tiêm nhỏ giọt tĩnh mạch hay tiêm dưới da (calci-parin) với liều 1mg/kg/24 giờ.
- Bất động chi nếu có gẫy xương
- Để cao chân nếu có thương tổn tĩnh mạch
- Khi không bắt được mạch bên ngoài hoặc có dấu hiệu thiếu máu bên ngoài thì phải nghĩ là chỗ nối đã tắc và cần mổ lại sớm.

Nếu chảy máu thứ phát (khoảng sau 3-5 ngày) thì không nên khâu nối lại mà phải thắt 2 đầu vì đã bị nhiễm khuẩn. Thắt động mạch tất nhiên có nguy cơ hoại tử do thiếu máu, nếu có đủ điều kiện thì dùng một đoạn mạch nhân tạo bắc cầu giữa 2 đầu nhưng đi vòng ra xa chỗ vết thương cũ, để tránh nhiễm khuẩn.

VẾT THƯƠNG BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Các vết thương bụng có thể chỉ ở thành bụng nhưng phần lớn là thấu bụng làm tổn thương tạng rỗng gây viêm phúc mạc, tổn thương tạng đặc gây chảy máu. Có khi có nhiều tổn thương, đều phải mổ cấp cứu sớm.

II. SƠ CỨU

Ở cơ sở hay ở nơi không đủ điều kiện phẫu thuật thì sơ cứu và gửi đi càng nhanh càng tốt đến tuyến phẫu thuật.

- Cần rửa sạch và băng kín vết thương bằng băng cuộn.
- Tình trạng nặng thì hồi sức với khả năng hiện có.

Truyền máu hay truyền dịch, nếu sau truyền máu, truyền dịch mà huyết áp không trở lại bình thường thì phải nghĩ đến chảy máu trong ổ bụng. Phải mổ ngay hoặc chuyển ngay lên tuyến trên.

s://myhanoi.com.vn/

Trường hợp nạn nhân bị lòi ruột thì không được nhét ruột vào ổ bụng, mà úp bát hoặc gáo dừa sạch lên chỗ ruột phòi rồi băng ở ngoài và chuyển lên tuyến trên.

Phương tiện vận chuyển thì tuỳ khả năng cơ sở và tình trạng nạn nhân, nhưng phải chuyển nhanh.

III. MỔ CẤP CỨU

1. Gây mê hồi sức

- Nếu bị sốc thì chữa sốc rồi mổ, phải có 1-2 đường truyền tĩnh mạch
- Đặt ống thông dạ dày và thông nước tiểu để theo dõi
- Phải gây mê nội khí quản khi mở bụng, huyết áp phải giữ cho ổn định, phải bảo đảm đường tiêm truyền tốt trước khi mổ.

2. Nguyên tắc mổ

Phải có phẫu thuật viên giỏi để không bỏ sót tổn thương.

a. Đường rạch mở bụng: đường giữa trên rốn và dưới rốn, có thể mở dài lên hay xuống phía dưới, đường giữa mở bụng nhanh, dễ đóng, kiểm tra được toàn bộ bụng; không nên rạch theo vết thương, trừ khi ở giữa.

b. Phải hút và lau sạch máu, dịch rồi lần lượt kiểm tra tất cả ổ bụng, các ổ tụ máu. Không bỏ sót vết thương ở mặt sau dạ dày (mở vào hậu cung mạc nối), vết thương tá tràng, manh tràng và các đoạn đại tràng lên xuống ở phía sau phúc mạc.

Khi mổ xong, đổ huyết thanh mặn đẳng trương vào trong ổ bụng để rửa và thấm sạch nếu là thủng tạng rỗng.

c. Kiểm tra ổ bụng

- Nếu thấy máu phải nghĩ ngay tới có tổn thương ở lách, gan, sau đó là các mạch máu mạc treo ruột non và đại tràng. Nếu máu ít hay nước máu loãng phải kiểm tra khoang sau ổ bụng, tìm các thương tổn gẫy xương chậu, giập thận, vỡ tá tràng, vỡ tuỵ v.v..

s://myhanoi.com.vn/

- Nếu thấy ổ bụng có thức ăn, giun đũa, phân thì có thủng tạng rỗng (dạ dày, ruột non, đại tràng).
- Nếu có nhiều vết thương vừa thủng tạng đặc, vừa thủng tạng rỗng thì dễ bỏ sót (nhất là do viên đạn và bom bi) cần phải kiểm tra kỹ.

IV. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ THEO TỪNG PHỦ TẠNG

1. Tổn thương ở gan

a. Cần kiểm tra mặt trước, mặt sau, mặt dưới, đỉnh của gan. Thăm dò cơ hoành.

b. Do sức phá của đạn nên gan bị tổn thương giập rộng hơn vết thủng trên mặt gan, có khi vỡ toác.

c. Để cầm máu tuỳ trường hợp:

- Khâu vết thương rách; phải ép hai mặt gan
- Chèn gạc (thường dễ nhiễm khuẩn, chảy máu thứ phát)
- Thắt động mạch gan khi không xử trí được chỗ chảy máu
- Cắt bỏ một hạ phân thuỳ, hay một thuỳ gan

d. Để làm giảm chảy máu khi mổ nên luồn một ống cao su quanh cuống gan, thắt tạm thời trong vòng 10 phút, chỉ làm ở nơi có điều kiện.

e. Dẫn lưu ống mật chủ hoặc túi mật:

- Chỉ làm khi có tổn thương gan lớn, có tổn thương đường mật
- Chụp X quang kiểm tra tìm lỗ rò, ổ áp xe gan, chảy máu đường mật trong thời gian sau khi mổ (nếu có điều kiện).

g. Dẫn lưu ổ bụng: đặt ống dẫn lưu ở dưới nơi khâu và ở dưới gan, kéo đại tràng ngang để ngăn cách ổ bụng trên với ổ bụng dưới.

2. Tổn thương ở túi mật và ống mật chủ

a. Tổn thương túi mật: thường kèm theo thương tổn ở gan, xử trí cắt túi mật.

Nếu túi mật bị thủng nhỏ thì dẫn lưu túi mật bằng ống Pezzer hay ống Malecot.

s://myhanoi.com.vn/

b. Tổn thương ống mật chủ: thường gây chảy máu nhiều do tổn thương các mạch máu của cuống gan.

Nếu ống mật bị đứt, thì đặt ống Kehr rồi khâu nối ống mật trên ống Kehr.

3. Tổn thương ở lách

- Thường kèm theo tổn thương ở cơ hoành và phổi ở phía trên.

Xử trí bằng cách cắt bỏ lách dù chỉ chảy máu rỉ rỉ. Không nên khâu lách vì không đảm bảo cầm máu và khó theo dõi khi đông nạn nhân.

- Khi cắt lách có trường hợp bắt buộc phải cắt một phần của đuôi tuỵ, để đề phòng rò tuỵ và áp xe sau cắt lách thường phải dẫn lưu.

4. Tổn thương ở tuỵ

- Tuỵ nằm ở giữa bụng, nên khi bị tổn thương thường có kèm theo các tổn thương của các tạng khác.
- Ống tuỵ (Wirsung) thường bị đứt, xử trí bằng cách dẫn lưu, vì nối ít kết quả. Nếu đứt ở thân và ở đuôi nên cắt bỏ phần đứt và khâu thắt đầu trên ống Wirsung.

5. Tổn thương ở dạ dày

Lỗ thủng to hoặc nhỏ thường xử trí bằng cách khâu vùi, khâu một lớp hay hai lớp.

- Hút dạ dày qua ống thông đặt qua mũi trong thời gian sau mổ
- Vết thương thường dễ liền vì thành dạ dày được nuôi dưỡng tốt.
- Chú ý không bỏ sót vết thủng ở mặt sau dạ dày và ở phình vị lớn.

6. Tổn thương ở tá tràng

- Rất dễ bỏ sót, phải kiểm tra cẩn thận
- Nếu thủng phải khâu vùi. Dẫn lưu tá tràng bằng ống hút ở trên và dưới chỗ khâu.
- Nếu đứt đôi thì xử trí như sau:

s://myhanoi.com.vn/

+ Ở đoạn 1: khâu đóng hai đầu, nối dạ dày - hỗng tràng
+ Ở đoạn 2-3: khâu nối tận - tận và đặt hai ống hút như trên

– Thường có kèm theo chảy máu và tổn thương các tạng khác.
– Dễ bị bục chỉ. Tử vong 40-50%

7. Tổn thương ở hỗng tràng và hồi tràng

– Khâu vùi lỗ thủng, thường dễ liền vì được nuôi dưỡng tốt.
– Nếu có nhiều lỗ thủng ở trên một đoạn ngắn thì cắt bỏ rồi nối tận - tận hoặc nối bên - bên.
– Nếu có nhiều lỗ thủng rải rác, phải đếm các lỗ thủng (thường là số chẵn) để khỏi bỏ sót, và khâu vùi.
– Mạch máu mạc treo bị thủng, máu tụ: cần xem xét kỹ, nếu cần thì cắt đoạn ruột cùng với mạc treo tương ứng.
– Tổn thương rộng ở hồi tràng: khâu đóng tuỳ theo tình trạng nạn nhân.
  + Cắt bỏ manh tràng rồi nối đầu hồi tràng vào đại tràng lên; chỉ thực hiện mổ có chuẩn bị và trong hoà bình, có phẫu thuật viên giỏi.
  + Khâu đóng đầu hồi tràng phía manh tràng, rồi nối đầu hồi tràng còn lại vào đại tràng ngang.
  + Đưa cả hai đầu hồi tràng ra ngoài da là đơn giản và an toàn nhất, rồi xử lý kỳ II.

8. Tổn thương ở đại tràng

a. Manh tràng và đại tràng lên:

– Vết thủng nhỏ (bom bi, dưới 1cm), sạch: cắt lọc rồi khâu vùi.
– Vết thủng to: đưa đoạn ruột ra làm hậu môn nhân tạo. Cắt bỏ manh tràng và đại tràng lên, rồi nối hồi tràng với đại tràng ngang (chỉ thực hiện được ở cơ sở lớn).
– Nếu vết thủng to, ổ bụng nhiều phân: cắt bỏ manh tràng và đại tràng lên, đưa đầu hồi tràng và đầu đại tràng ra ngoài da, rửa ổ bụng trước khi đóng thành bụng.

s://myhanoi.com.vn/

- Nếu tình trạng bệnh nhân yếu: bóc tách thành manh tràng và đại tràng lên, đưa đoạn thủng ra ngoài thành bụng để làm hậu môn nhân tạo.

b. Đại tràng ngang và đại tràng xuống

Tuỳ theo tình trạng vết thương và tình trạng nạn nhân.

- Nếu tốt: khâu kín vết thương và khâu đính vào bụng, hoặc cho vào lỗ thủng một ống dẫn lưu, khâu vùi và đính vào thành bụng.
- Nếu xấu: đưa đoạn đại tràng bị tổn thương ra ngoài thành bụng làm hậu môn nhân tạo.

c. Trực tràng

- Vết thương ở trực tràng:
  + Khó chẩn đoán nếu ở cao; thăm dò bằng ngón tay khó.
  + Không bóc tách đưa ra ngoài thành bụng được.
  + Thường kèm theo tổn thương lân cận
  + Dễ gây viêm tấy ở sau phúc mạc
  + Dễ nhiễm khuẩn, rò phân
  + Dễ bị bỏ sót vì phân cứng làm bít lỗ thủng
- Xử trí: làm hậu môn nhân tạo ở phía trên (không mở thông manh tràng), dẫn lưu ổ bụng ra phía sau (có khi phải cắt bỏ xương cụt), mở rộng vết thương ra ngoài, khâu lại lỗ thủng trực tràng.

Đối với vết thương ở đại tràng, nguyên tắc chung vẫn là khâu đóng lỗ thủng nhưng mở thông đại tràng ở trên hay tại lỗ thủng, hoặc đưa đoạn đại tràng bị tổn thương ra ngoài thành bụng. Nếu vết thương nhỏ, gọn, đến sớm, không thấy phân trong ổ bụng, có thể khâu kín, nhưng phải theo dõi kỹ sau mổ. Nếu vết thương thủng đại tràng có kèm theo vết thương khung chậu thì nên mở đại tràng ở ngay trên lỗ thủng.

V. CÁC VẾT THƯƠNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU

1. Vết thương thận

- Chẩn đoán: đái ra máu. Nếu có điều kiện thì tiêm thuốc cản quang vào tĩnh mạch để chụp kiểm tra thận.

s://myhanoi.com.vn/

- Thường kèm theo tổn thương ở trong bụng nên mổ đường bụng để kiểm tra.
- Nếu chỉ xước bao thận có thể khâu, đặt ống dẫn lưu và theo dõi
- Vết thương thận nhỏ: khâu, dẫn lưu để theo dõi chảy máu, nước tiểu.
- Vết thương thận to: cắt thận (nếu có hai thận)
- Cuống thận bị đứt: cắt thận (nếu có hai thận)

2. Vết thương niệu quản (hiếm gặp)

- Khâu nối, dẫn lưu sau phúc mạc gần chỗ khâu
- Dẫn lưu bể thận thường khó và gây thêm thương tổn
- Dẫn lưu vết mổ

3. Vết khâu ở bàng quang

- Bàng quang bị thương khi chứa đầy nước tiểu, nước tiểu chảy vào ổ bụng
- Khâu lỗ thủng
- Mở thông dẫn lưu bàng quang trên xương mu hoặc đặt một ống thông qua niệu đạo dẫn lưu bàng quang ở dưới.
- Nếu có kèm theo vết thương chậu hông phải kiểm tra các động mạch (mông bị sưng căng). Nếu cần, có thể thắt động mạch chậu trong lúc mổ bụng.

VI. CÁC VẾT THƯƠNG NGỰC - BỤNG

1. Đại cương

- Vết thương ngực - bụng thường đi từ ngực xuống bụng; cũng có khi đi từ bụng lên ngực
- Tổn thương ở ngực ít khi phải mổ, tổn thương ở bụng thường phải mổ
- Khi gây mê để mở bụng cần đề phòng phổi bị xẹp. Cần dẫn lưu ổ ngực (nên làm trước khi mở bụng) để duy trì áp lực trong ổ ngực khi xử trí vết thương ở cơ hoành.

s://myhanoi.com.vn/

2. Đường mổ

- Trừ trường hợp cần thiết phải mổ lồng ngực để giải quyết tổn thương trong ổ ngực, thông thường chỉ cần mở đường bụng để giải quyết tổn thương ở trong ổ bụng, khâu đóng cơ hoành.
- Khi cần thăm dò cả ngực lẫn bụng thì có thể mổ đường ngực - bụng, đi từ khe gian sườn 8 xuống thẳng bụng, hoặc tốt hơn hết là mở riêng biệt ổ ngực qua khe gian sườn 5 và mở bụng theo đường giữa trên rốn, kể cả bên phải và bên trái lồng ngực. Tránh cắt cơ hoành.

3. Thái độ xử trí

- Các vết thương ngực - bụng thường làm tổn thương gan, đại tràng, dạ dày, thận và lá lách.
- Khi đã xử trí xong các tổn thương ở bụng, thì phải xử trí vết thương ở cơ hoành sau khi đã đánh giá tổn thương ở ngực qua lỗ thủng ở cơ hoành.
- Khâu đóng cơ hoành bằng chỉ perlon to, khâu vắt và củng cố thêm bằng một số mũi khâu rời.

VII. CÁC VẾT THƯƠNG Ở VÙNG CHẬU HÔNG

1. Đại cương

Các vết thương chậu hông thường đi từ đùi hoặc mông qua khung chậu vào vùng chậu hông, hay ngược lại.

Xử trí vết thương vùng chậu hông thường phải kết hợp cả phẫu thuật bụng, tiết niệu và xương.

2. Thái độ xử trí

Xử trí gẫy xương chậu không thể coi đơn giản như gẫy xương đơn thuần, phải đi vào sâu trong vết thương để cắt lọc cơ, lấy mảnh xương vụn rời, dùng kìm gặm rộng lỗ thủng ở xương chậu. Nếu cắt lọc không tốt có thể ảnh hưởng đến việc xử trí các vết thương trong ổ bụng, bục chỉ, rò.

s://myhanoi.com.vn/

- Nếu có vết thương ở bàng quang phải cắt lọc, khâu đóng, và mở dẫn lưu bàng quang.
- Vết thương niệu quản: khâu trên ống thông làm nòng và mở dẫn lưu bể thận. Chỉ thực hiện ở các cơ sở chuyên khoa.
- Vết thương đại tràng: thường phải mở dẫn lưu đại tràng một phần hay toàn bộ đại tràng.
- Khi phân và nước tiểu được dẫn lưu tốt, vết thương chậu hông dễ liền, có thể không phải mổ lại kỳ II.
- Nếu cần dẫn lưu ra phía sau có thể cắt bỏ xương cụt.

CHẤN THƯƠNG BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Chấn thương bụng có thể gây ra hai loại tổn thương

- Vỡ tạng đặc (lách, gan) với triệu chứng chảy máu trong, người tái nhợt, vã mồ hôi, đầu chi lạnh, mạch nhanh, huyết áp hạ.
- Vỡ tạng rỗng (dạ dày, ruột non, đại tràng) với triệu chứng viêm màng bụng.

2. Thái độ xử trí

Đối với trường hợp vỡ các tạng đặc hoặc tạng rỗng cũng tương tự như trường hợp các vết thương bụng, phải mổ cấp cứu.

Trước khi mổ phải hút dạ dày, bình thường sau 6 giờ thì thức ăn xuống ruột, phải tính thời gian từ bữa ăn đến khi bị chấn thương chứ không phải đến lúc mổ, vì sau khi bị thương, co bóp của dạ dày và nhu động của ruột bị ngưng trệ, và có khi phải rửa dạ dày trước khi mổ.

II. NHỮNG ĐIỀU CẦN CHÚ Ý TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG

Chấn thương bụng là loại cấp cứu khó chẩn đoán và điều trị, nếu không đủ điều kiện nên gửi đi tuyến trên ngay.

s://myhanoi.com.vn/

1. Tổn thương tạng đặc

- Cần phân biệt sốc do chấn thương và sốc do chảy máu trong ổ bụng: nếu sau khi điều trị sốc, truyền máu và huyết thanh mà mạch, huyết áp không khá hơn thì phải đặt vấn đề vừa mổ vừa điều trị sốc.
- Vỡ tạng kèm theo chấn thương sọ não, chấn thương ngực phổi: khó chẩn đoán vì nạn nhân có thể mê man, các dấu hiệu thực thể bị lu mờ; nên chọc dò hoặc chọc bơm rửa ổ bụng để chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời.
- Trong chấn thương các tạng đặc có thể bị vỡ gây tụ máu dưới bao của tạng, và có thể chảy máu thứ phát trong những ngày sau, cần theo dõi kỹ.

2. Tổn thương tạng rỗng

- Trong chấn thương bụng, ruột thường bị vỡ ở gần những chỗ cố định hay những đoạn mà ở phía sau là xương.
  + Ruột non hay bị vỡ ở gần góc Treitz và ở đoạn cuối hồi tràng.
  + Đại tràng sigma đôi khi bị vỡ ở hai phía đầu.
- Ruột có thể bị thủng hai thì: tụ máu dưới thanh mạc làm cho ruột nuôi dưỡng kém, nhiễm khuẩn và hoại tử, thủng vào ổ bụng trong những ngày sau, cũng có khi ruột đến bịt lại, sau đó mới thủng.

Tụ máu ở rìa mạc treo làm cho việc nuôi dưỡng ruột kém cũng có thể gây thủng ruột muộn.

- Mạc treo ruột có khi bị đứt rời khỏi ruột từ 20-30cm, phải cắt bỏ đoạn ruột không được nuôi dưỡng tương ứng rồi khâu nối tận - tận hoặc bên - bên.
- Vỡ bàng quang: nước tiểu tràn vào ổ bụng gây viêm phúc mạc, nhưng dấu hiệu thực thể thường không rõ nét nên dễ bị bỏ sót.

Khi kiểm tra ổ bụng để tránh không bỏ sót tổn thương thì phải gây mê nội khí quản và phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm.

s://myhanoi.com.vn/

VIÊM RUỘT THỪA

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm ruột thừa có nhiều mức độ khác nhau; ruột thừa bị cương tụ máu, hoặc tiến triển thành mưng mủ, hoặc hoại tử dẫn đến những biến chứng nặng và gây tử vong. Có khi không có sự tương xứng giữa những dấu hiệu lâm sàng với mức độ viêm, vì vậy, khi đã chẩn đoán là viêm ruột thừa thì cần phải mổ ngay.

II. CHẨN ĐOÁN

Viêm ruột thừa thường gặp ở người trẻ tuổi

1. Dấu hiệu toàn thân

Sốt 38-39^{o}C, mạch nhanh

2. Dấu hiệu cơ năng

Đau đột ngột ở hố chậu phải, đau tăng dần, buồn nôn hoặc nôn, chán ăn, táo bón. Bạch cầu tăng lên tới 10000-12000.

3. Dấu hiệu thực thể

Đau ở điểm Mac Burney. Cần chú ý: có một số trường hợp đau ở quanh rốn, rồi mới khu trú ở hố chậu phải.

- Phản ứng hoặc co cứng khu trú ở hố chậu phải (ở những trường hợp đến muộn).
- Tăng cảm của da bụng ở hố chậu phải (thỉnh thoảng mới gặp và do đến muộn).
- Co cứng thành bụng do viêm phúc mạc toàn thể vì ruột thừa vỡ đã lâu (trường hợp đến muộn).

III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Viêm đại tràng
- Viêm nang De Graaf của buồng trứng

s://myhanoi.com.vn/

- Chửa ngoài tử cung
- Xoắn u nang buồng trứng
- Viêm vòi trứng
- Viêm hạch mạc treo ở trẻ con
- Viêm ruột từng đoạn
- Sỏi niệu quản
- Thận nhiễm mỡ ở trẻ em
- Thủng dạ dày (thường nhầm với viêm phúc mạc do thủng ruột thừa).

Một số trường hợp sau khi theo dõi, nếu nghi ngờ là viêm ruột thừa thì nên mổ

Viêm ruột thừa nếu bỏ sót không mổ, để vỡ sẽ gây viêm phúc mạc, tử vong sẽ cao.

IV. CÁC THỂ LÂM SÀNG

1. Các thể diễn biến nặng ngay từ đầu

a. Viêm phúc mạc mủ do ruột thừa

- Đau khắp bụng, sờ thấy bụng co cứng toàn bộ
- Nôn nhiều
- Đái ít
- Bí trung, đại tiện, bụng chướng
- Sốt cao
- Ấn đau khắp bụng

b. Viêm phúc mạc mủ thối

- Do ruột thừa bị hoại tử và thủng rất sớm
- Đau đột ngột và dữ dội ở hố chậu phải là dấu hiệu thủng ruột thừa
- Thể trạng nặng rất nhanh (mắt trũng, mạch nhỏ, nhưng sốt vừa phải). Toàn thân suy sụp
- Nôn vừa phải, nhưng tình trạng toàn thân nặng

s://myhanoi.com.vn/

c. Viêm phúc mạc nhiễm độc

Thể trạng rất nặng: da mặt xám, mạch nhỏ, sốc, nhưng dấu hiệu tại chỗ lại không tương xứng nên dễ nhầm lẫn với một bệnh nội khoa.

Đó là thể có nhiễm khuẩn máu, nhất là do vi khuẩn gram (-), rất nặng.

2. Các thể theo vị trí

a. Ruột thừa sau manh tràng

Các dấu hiệu lâm sàng không phải ở phía trước bụng mà ở phía sau, trên mào xương chậu. Dễ nhầm với cơn đau thận, viêm bể thận.

b. Ruột thừa ở tiểu khung

Phải thăm dò âm đạo hay thăm dò trực tràng mới chẩn đoán được, có khi có dấu hiệu đái rắt, dấu hiệu giả tắc ruột kèm theo sốt.

c. Ruột thừa ở dưới gan

Dễ nhầm với viêm túi mật, thường hay gặp ở trẻ em

d. Ruột thừa ở giữa bụng

Ba dấu hiệu của Dieulafoy nằm gần giữa bụng dưới rốn.

3. Các thể theo tuổi

a. Ở trẻ em dưới 5 tuổi

Chẩn đoán khó hơn nên thường để muộn

Nên mổ ngay vì:

- Dễ bỏ sót, các dấu hiệu không rõ ràng
- Có thời gian dịu đau dễ bỏ qua
- Tiến triển nhanh gây viêm phúc mạc do thủng ruột thừa

b. Ở người già

Thường diễn biến bán cấp tính, dễ lẫn với tắc ruột hoặc u manh tràng (do mạc nối bao quanh ruột thừa).

V. DIỄN BIẾN CỦA VIÊM RUỘT THỪA NẾU KHÔNG MỔ

1. Ruột thừa có thể hết viêm

Nếu chỉ cương tụ máu, bệnh nhân nằm nghỉ và dùng kháng sinh, ruột thừa có thể hết viêm, rất khó xác định

s://myhanoi.com.vn/

Cần chú ý là diễn biến rất nhanh, để muộn là rất nguy hiểm cho bệnh nhân. Ruột thừa chưa cắt dễ viêm lại và nặng hơn

2. Tiến triển của viêm ruột thừa

a. Vỡ ruột thừa gây viêm phúc mạc toàn thể

- Ngay từ đầu hoặc sau 24 giờ
- Hoặc sau 48 giờ bệnh nhân đau dữ dội sau đó co cứng thành bụng, cần mổ ngay.

b. Trở thành viêm phúc mạc khu trú

* Đám quánh ruột thừa:

- Do mạc nối lớn, ruột non bọc ruột thừa lại và dính vào thành bụng, có khi trong ổ bụng
- Cơn đau đã có từ 4-5 hôm trước
- Đau, sốt, táo bón
- Khi sờ nắn thấy một đám cứng ở vùng hố chậu bên phải, bờ khối đám quánh không rõ rệt.
- Không mổ, vì rất dính mà cho nằm nghỉ, chườm đá tiêm kháng sinh, theo dõi nhiệt độ, mạch, bạch cầu, nếu nghi có mủ thì chọc dò và dẫn lưu.

Có hai khả năng tiến triển của đám quánh ruột thừa:

+ Đám quánh ruột thừa tan đi: sẽ mổ sau 2 đến 6 tháng (khi bạch cầu trở lại bình thường, tại chỗ không thấy viêm cứng).
+ Áp xe ruột thừa: đau tăng, sờ nắn rất đau. Cần chọc dò và mổ dẫn lưu sớm.

* Viêm phúc mạc khu trú ở tiểu khung, mủ chỉ ở vùng tiểu khung phải cắt ruột thừa, hút mủ, rửa ổ bụng.

VI. MỔ CẮT BỎ RUỘT THỪA

1. Mổ

- Không được thụt tháo khi mổ cấp cứu
- Rạch thành bụng theo đường Mac Burney
- Qua các lớp cơ, mở phúc mạc

s://myhanoi.com.vn/

- Tìm manh tràng rồi tìm ruột thừa.
- Thắt, cắt động mạch mạc treo ruột thừa không để lại mỏm cụt dài. Không để mỏm cụt chạm vào thành bụng và xung quanh.
- Khâu vùi hay khâu che mỏm cụt, có khi chỉ cần sát khuẩn kỹ mỏm cắt và không vùi.
- Các dụng cụ dùng cắt ruột thừa không được dùng lại trong khi tiến hành mổ.
- Kiểm tra 70cm ruột non, nếu thấy có túi Meckel phải cắt bỏ đi, nhất là ở trẻ em.
- Khâu đóng thành bụng theo các lớp phúc mạc, cơ ngang, cân cơ chéo to, da. Mổ viêm phúc mạc do ruột thừa vỡ có mủ thì đóng bụng một lớp, để hở da.

2. Theo dõi sau mổ

- Khi bệnh nhân tỉnh, có thể cho bệnh nhân uống ít nước.
- Cho vận động sớm sau 6 giờ
- Bệnh nhân có trung tiện sau 24-48 giờ thì cho ăn uống trở lại
- Cắt chỉ vào ngày thứ bảy. Nếu vết mổ tấy đỏ thì cắt chỉ ngay.
- Sau 2 tuần trở lại làm việc bình thường.

LỒNG RUỘT Ở TRẺ EM CÒN BÚ

I. ĐẠI CƯƠNG

Lồng ruột hay gặp ở trẻ em còn đang bú sữa mẹ, bụ bẫm, từ 3 đến 12 tháng tuổi.

Lồng ruột đến sớm có thể tháo lồng bằng thụt hơi, thụt baryt dưới X quang, đến muộn phải mổ để tháo lồng, đến muộn quá thì phải cắt đại tràng, dễ tử vong.

s://myhanoi.com.vn/

II. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các dấu hiệu và triệu chứng sau:

a. Đau: trẻ đang chơi, khoẻ mạnh, bỗng khóc thét, quằn quại, giãy giụa; sau vài phút dịu đi rồi 15 phút, nửa giờ hoặc một hai giờ sau lại khóc thét.

Đó là những cơn đau cách quãng, phải nghĩ tới lồng ruột.

b. Nôn: nôn ngay trong cơn đau đầu tiên, trẻ bỏ bú không chịu ăn. Hết cơn trẻ lại bú lại, nhưng rồi lại nôn

Đau từng cơn + nôn + bỏ bú = lồng ruột (sớm)

c. Ỉa ra máu: có vài vết máu đỏ thẫm dây ra tã, hoặc máu lầy nhầy. Thường thì 6-8 giờ sau cơn đau đầu tiên mới ỉa ra máu, hoặc thăm dò hậu môn thấy máu theo tay.

Đau từng cơn + nôn + ỉa ra máu = lồng ruột (muộn)

Ba dấu hiệu trên có thể giúp chẩn đoán là lồng ruột.

d. Nắn bụng có phản ứng: có khi chỉ thấy phản ứng một vùng ở thành bụng, có khi thấy khối lồng dễ dàng khi trẻ em nằm im, không khóc.

- Ở giữa bụng, trên rốn sờ thấy khối lồng dễ dàng khi trẻ nằm im, không khóc
- Ở giữa bụng, trên rốn sờ thấy khối lồng rõ hơn
- Có khi khối lồng sang tận hố chậu trái, khi thăm dò hậu môn, ngón tay có thể đụng vào đầu khối lồng.
- Sờ thấy khối lồng: có thể khẳng định là lồng ruột, nhưng có tới 50% các trường hợp không thấy khối lồng.

Vì vậy phải chụp X quang để phân biệt với viêm ruột cấp tính ở trẻ em.

III. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

1. Tháo lồng bằng hơi hoặc bằng baryt dưới X quang

Phương pháp này vừa là để chẩn đoán, vừa là để điều trị.

a. Tháo lồng bằng baryt ở áp lực thấp: khi soi thấy rõ mới chụp

- Dấu hiệu X quang: đại tràng bị cắt cụt, hình càng cua, hình nhiều vòng tròn đồng tâm, đáy chén.

s://myhanoi.com.vn/

- Dấu hiệu đã tháo lồng: thấy rõ ở bờ manh tràng thuốc sang hồi tràng dễ và rõ.
- Tai biến do thụt baryt gây nên: vỡ đại tràng, baryt chảy vào ổ bụng rất nguy hiểm.

b. Tháo lồng bằng hơi: thực hiện trước 24 giờ, 80-90% có kết quả (Bệnh viện Việt Đức).

- Dấu hiệu X quang: thấy được bóng của khối lồng
- Dấu hiệu đã tháo lồng: hơi đã tràn sang ruột non, đó là những hình kén hơi ở quanh rốn.
- Để tránh làm vỡ ruột cần có máy đo áp lực, chỉ bơm với áp suất dưới 10cmHg có van để thoát ra khi bị tắc phân, nếu không tháo được phải mổ.

2. Mổ cấp cứu

Khi trẻ đến muộn hoặc tháo lồng không kết quả, phải mổ cấp cứu.

a. Chuẩn bị mổ:

- Hút dạ dày
- Truyền chậm dung dịch ngọt 5% x 300-500ml

b. Gây mê, thở oxy

c. Đường rạch: đường giữa trên rốn, chẹn gạc không để ruột non phòi ra.

d. Tìm khối lồng vuốt nhẹ từ đầu khối lồng. Nếu chưa được thì đắp nước ấm rồi lại vuốt nhẹ.

e. Khi tháo lồng xong, đặt manh tràng vào hố chậu phải

g. Có cắt ruột thừa hay không ? Không nên, vì dễ gây tai biến (phải ghi rõ trên phiếu mổ là chưa cắt bỏ ruột thừa).

h. Có khâu đính đại tràng hay không ? Ở trẻ còn bú không cần khâu đính; ở trẻ lớn hoặc tái phát lồng ruột nhiều lần thì khâu đính hồi tràng vào đại tràng lên, và manh tràng vào thành bụng.

i. Khâu đóng thành bụng ba lớp: màng bụng, cân và cơ, da.

s://myhanoi.com.vn/

3. Trường hợp không tháo lồng được hoặc khối lồng bị hoại tử, hoặc bị thủng khi tháo.

- Cắt đại tràng ngoài ổ bụng theo phương pháp Mikulicz.
- Cắt nửa đại tràng phải, nối bên - bên hay tận - tận cũng được (đưa đầu trên ra là bất đắc dĩ).

4. Săn sóc sau mổ

- Ủ ấm. Truyền huyết thanh, băng cuộn chứ không nên dùng băng dính.
- Sau khi tỉnh mê, hết nôn, cho uống nước đường; sau mổ 12 giờ cho bú.
- Cắt chỉ ngày thứ 7-12

Sau cắt chỉ, băng lại bằng băng cuộn vì trẻ con khóc dễ đứt chỉ khâu, lòi ruột.

GIẬP NIỆU ĐẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

Giập niệu đạo thường gặp ở nam giới nhiều hơn ở nữ giới.

Cần phải xử trí cấp cứu để tránh bí đái, viêm tấy nước tiểu (biến chứng gần) và hẹp niệu đạo (biến chứng muộn).

Niệu đạo chia làm hai phần: niệu đạo trước và niệu đạo sau. Do cấu tạo giải phẫu nên giập niệu đạo trước và sau có nguyên nhân, triệu chứng và cách điều trị khác nhau.

a. Niệu đạo trước: có mô xốp bao bọc, mô xốp dễ chảy máu, thường chảy máu vào trong niệu đạo hoặc gây máu tụ quanh niệu đạo. Niệu đạo trước được chia làm hai đoạn:

- Đoạn di động: niệu đạo dương vật, ít bị giật nứt
- Đoạn cố định: niệu đạo bìu và niệu đạo tầng sinh môn, hay bị tổn thương nhất.

s://myhanoi.com.vn/

b. Niệu đạo sau: không có mô xốp bao bọc, ít chảy máu, nên không bị xơ cứng, ít gây hẹp. Niệu đạo sau cũng chia làm hai đoạn:

- Niệu đạo tiền liệt: có tuyến tiền liệt bao bọc, ít bị tổn thương
- Niệu đạo màng: khi bị vỡ xương chậu, cân đáy chậu giữa bị toác thường kéo đứt niệu đạo màng, hai đầu lệch xa nhau.

II. GIẬP NIỆU ĐẠO TRƯỚC

1. Nguyên nhân

- Niệu đạo dương vật: bị chạm thương khi dương vật đang cương, chỉ bị đứt một phần nhưng bị hẹp sớm.
- Niệu đạo tầng sinh môn: do ngã ngồi lên thành ghế, mạn thuyền, khung xe đạp, làm niệu đạo bị đè vào xương vệ hay cành ngồi vệ của xương chậu (tổn thương hay gặp nhất).

2. Triệu chứng

- Đau
- Đái ra máu, có khi đái hoàn toàn ra máu, có khi chỉ có vài giọt ở miệng sáo.
- Tụ máu hình cánh bướm ở tầng sinh môn, có khi lan sang bìu, tím bầm.
- Bí đái, bàng quang căng. Thường do bí đái nên mới đi khám bệnh.

3. Diễn biến

Nếu không xử trí kịp thời sẽ gây nên:

- Viêm tấy nước tiểu vùng tầng sinh môn, dù có rạch dẫn lưu cũng dễ gây lỗ rò niệu đạo, tầng sinh môn.
- Hẹp niệu đạo, thường hẹp ở ngay trước thành niệu đạo.

4. Thái độ xử trí

a. Trường hợp bệnh nhân vẫn đái được (thường do khối máu tụ ở tầng sinh môn nhỏ, không gây chèn ép):

s://myhanoi.com.vn/

- Đặt ống thông niệu đạo bằng chất dẻo hay ống Nelaton trong hai ngày, vừa để cầm máu, vừa để tránh hẹp. Một tuần lễ sau kiểm tra nếu hẹp thì nong niệu đạo.
- Cho thuốc kháng sinh để tránh nhiễm khuẩn

b. Trường hợp bệnh nhân không đái được

- Có thể do phản xạ, nếu không có máu tụ lớn ở tầng sinh môn có thể đặt ống thông niệu đạo từ 2 đến 5 ngày, phải chú ý để không gây thêm tổn thương khi thông đái kiểm tra.
- Nếu có khối máu tụ lớn ở tầng sinh môn thì mở thông bàng quang rồi gửi về tuyến sau.
- Ở nơi có điều kiện mổ thì mổ dẫn lưu bàng quang, mổ chỗ niệu đạo ở tầng sinh môn, lấy hết máu tụ, đặt một ống thông niệu đạo, khâu nối tận - tận hai đầu niệu đạo đứt bằng chỉ catgut crôm.

c. Trong những năm đầu, phải thường kỳ kiểm tra, phát hiện hẹp niệu đạo để nong, hoặc cắt bỏ chỗ hẹp và nối lại.

Để hẹp lâu sẽ làm giãn hệ tiết niệu ở trên.

III. GIẬP NIỆU ĐẠO SAU

1. Nguyên nhân

Thường giập niệu đạo màng, do gẫy xương hoặc toác xương vệ, nên niệu đạo cũng đứt đôi, hai đầu di lệch.

2. Triệu chứng

Dấu hiệu lâm sàng rất nhẹ, vì vậy phải kiểm tra kỹ khi có vỡ xương chậu (nhiều trường hợp bỏ sót).

- Không đái ra máu hoặc đái ra máu rất ít
- Không có tụ máu ở tầng sinh môn, sau 24 giờ có thể có vùng bầm tím ở hậu môn.
- Thăm dò hậu môn gây đau khi ấn vào tuyến tiền liệt
- Bí đái hoàn toàn là dấu hiệu chính để phát hiện. Nếu không đái và không có cầu bàng quang phải nghĩ đến vỡ bàng quang. Phải phân biệt với bí đái do phản xạ bằng cách thông đái hoặc chụp niệu đạo - bàng quang có thuốc cản quang.

s://myhanoi.com.vn/

3. Diễn biến

Nếu không xử trí kịp thời sẽ gây nên:

- Viêm tấy vùng khung chậu do ứ nước tiểu dẫn đến tử vong
- Nếu có điều trị cũng dễ bị ứ nước tiểu mạn tính, dẫn đến nhiễm khuẩn ngược dòng hệ tiết niệu.

4. Thái độ xử trí

- Trong cấp cứu thường chỉ nên mổ dẫn lưu bàng quang và cho kháng sinh để tránh nhiễm khuẩn ổ gẫy xương chậu, dẫn đến áp xe vùng tầng sinh môn.
- Nếu có kinh nghiệm thì dùng ống nong lồng vào ống thông niệu đạo để đưa từ bàng quang ra, hoặc đưa từ miệng sáo vào và dùng tay trong bàng quang để hướng dẫn qua chỗ đứt, nếu đặt được ống thông niệu đạo thì giữ ba tuần để nong niệu đạo. Không nên cố tìm cách để đặt ống thông niệu đạo vì sẽ gây tổn thương.
- Nếu chỉ dẫn lưu bàng quang thì chuyển ngay về tuyến sau để mổ sớm tránh các tổ chức xơ cứng gây hẹp niệu đạo.

Bằng đường mổ tầng sinh môn tìm hai đầu niệu đạo đứt (dùng ống nong sắt đưa từ miệng sáo vào và từ bàng quang ra để tìm), đặt ống thông niệu đạo và khâu nối hai đầu lại (khi khâu phải lấy cả tổ chức quanh niệu đạo vì không phẫu tích riêng niệu đạo ra được).

IV. SĂN SÓC SAU MỔ

1. Để tránh nhiễm khuẩn

Rửa bàng quang và ống thông niệu đạo hàng ngày

2. Để tránh bàng quang bé

Trong ngày thỉnh thoảng kẹp ống thông niệu đạo

3. Sau khi vết mổ liền

Rút bỏ ống thông niệu đạo, phải nong niệu đạo hàng ngày, ít nhất 3 tháng

4. Hàng năm phải kiểm tra

Mặc dầu kỹ thuật mổ tốt, thường vẫn có rối loạn tiểu tiện.

s://myhanoi.com.vn/

BỎNG

Có nhiều nguyên nhân gây bỏng như do nhiệt, hoá chất, điện, phóng xạ. Ở đây nêu lên chủ yếu bỏng do nhiệt.

I. PHÂN LOẠI BỎNG

Có hai loại chính:

1. Bỏng nông (hay gặp)

Bỏng nằm ở phần trên của biểu bì, da đỏ ửng, đau rát, có nốt phỏng, nền vết bỏng đỏ ửng, chạm vào rất đau. Nhờ lớp tế bào nền sinh sản còn nguyên vẹn nên sẽ tạo ra lớp biểu bì. Vết bỏng tự liền sau 7-8 ngày.

Bỏng nông chia làm 2 độ:

- Độ I: bỏng ở lớp sừng
- Độ II: bỏng ở lớp biểu bì, trên lớp tế bào nền sinh sản

2. Bỏng sâu

Làm bỏng toàn bộ lớp biểu bì và cả lớp tế bào nền sinh sản, bỏng đến lớp trung bì, có các mảng hoại tử, các nốt phỏng có nền màu trắng bệch, lõm, cứng, chạm vào không đau. Bỏng sâu chia làm 2 độ:

- Độ III: làm bỏng lớp biểu bì, lớp tế bào nền sinh sản và lớp trung bì.
- Độ IV: bỏng sâu đến cơ, xương

Bỏng trung gian ở giữa 2 loại nông và sâu có tên là bỏng độ II sâu hay độ IIIa.

Đây là bỏng đi qua lớp tế bào nền sinh sản, lớp này uốn lượn lên xuống, nằm ở đáy của biểu bì. Bỏng làm hỏng các tế bào ở đỉnh uốn lượn, song các tế bào ở đáy uốn lượn vẫn nguyên vẹn. Kết quả phụ thuộc vào chất lượng điều trị.

s://myhanoi.com.vn/

- Điều trị tốt thì các cụm tế bào còn lại ở đáy sẽ phát triển che lấn diện bỏng. Chỗ bỏng khô dần, biến thành bỏng nông.
- Điều trị không tốt thì nhiễm khuẩn làm hỏng các cụm tế bào này. Bỏng trung gian biến thành bỏng sâu (độ III).

II. TÍNH DIỆN TÍCH BỎNG

Tính diện tích bỏng rất quan trọng trong cấp cứu, vì nếu bỏng rộng gây đau đớn nhiều và mất nhiều dịch.

Cách tính đơn giản theo Wallace là "luật 9":

- Đầu mặt cổ 9%
- Mỗi chi trên 9%
- Thân mình phía trước 18%
- Thân mình phía sau 18%
- Mỗi chi dưới 18%
- Tầng sinh môn 1%

Ở trẻ em thì diện tích đầu, mặt, cổ đến 18% và diện tích chân đến 11%, còn thân mình và chi vẫn tính theo "luật 9". Những chỗ bỏng cần tính thêm hay bớt thì tính như sau: tính bằng lòng bàn tay, cứ mỗi lòng bàn tay bệnh nhân thêm 1%.

III. LÂM SÀNG

Phần lớn bệnh nhân bị bỏng nông, nếu diện tích dưới 20% thì bỏng nhẹ, bệnh nhân ăn uống được.

Một số ít bệnh nhân bị bỏng sâu, nếu có diện tích trên 20% là bỏng nặng, ăn uống không được, bị nôn, phải truyền tĩnh mạch các chất dịch.

Dự đoán độ sâu dựa vào tác nhân gây bỏng

- Cháy nắng, lửa táp ở xa: độ I
- Nước sôi tuột qua chi thể không quần áo: độ II
- Nước sôi tuột qua thân mình có quần áo, ngã vào nồi nước nóng: độ II sâu, IIIa, III.
- Ngã vào lửa (bệnh nhân động kinh), vào hố vôi nóng: độ III, IV

s://myhanoi.com.vn/

Nếu bệnh nhân bị bỏng rộng và sâu, bệnh sẽ diễn biến theo các giai đoạn sau:

- Vật vã, kích thích ở 6 giờ đầu
- Nằm li bì, thờ ơ ở giờ thứ 6-48, đây là một sốc thương tích điển hình do mất huyết tương và vỡ hồng cầu.
- Nhiễm độc từ ngày thứ 3-15, do cơ thể hấp thụ chất độc của tổ chức bị hoại tử.
- Nhiễm khuẩn từ sau ngày 15. Cách duy nhất để kết thúc giai đoạn nhiễm khuẩn là vá da che hết diện bỏng.

IV. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

1. Sơ cứu

- Loại bỏ nguyên nhân gây bỏng. Chỗ bị bỏng nhỏ ở bàn tay thì ngâm tay vào nước mát, nước có đá lạnh mỗi lần 20 phút.
- Bỏng do hoá chất: dội rửa ngay với nhiều nước, sau đó mới dùng chất trung hoà. Nếu do kiềm thì rửa bằng dấm, nước chanh pha loãng. Nếu do acid thì rửa bằng nước vôi, nước xà phòng.
- Bỏng do nhiệt thì ủ ấm, tránh sưởi. Khi bị bỏng không cởi bỏ quần áo mà dùng kéo cắt bỏ. Bỏng ở tay phải tháo bỏ vòng, nhẫn. Không làm vỡ các nốt phỏng. Không bôi bất cứ thứ thuốc gì. Phủ khăn sạch, chuyển tới bệnh viện.
- Chống đau bằng promedol hoặc morphin, hoặc hỗn hợp thuốc liệt thần kinh. Chú ý bồi phụ dịch đã rồi mới cho thuốc, tránh hạ huyết áp.

2. Điều trị thực thụ

- Toàn thân: đối với bỏng nhẹ, dưới 20% diện tích, ăn uống được, không nôn, thì cần cho ăn uống tốt (nước đường pha muối, pha bicarbonat).

Bỏng nặng cần hồi sức bằng đường tĩnh mạch

- Ngày đầu cho khoảng 1/10 trọng lượng cơ thể

Ví dụ: một bệnh nhân nặng 50kg, ngày đầu cho 5lít. Có thể tính lượng dịch truyền theo công thức Evans.

s://myhanoi.com.vn/

% diện tích bỏng x kg cân nặng x 2 + 2000ml

Ví dụ: một bệnh nhân bị bỏng rộng 30%, nặng 50kg.

Tính như sau: 30 x 50 x 2 + 2000ml = 5 lít.

Thành phần của tổng số lượng dịch truyền:

+ 1/6 là máu, huyết tương
+ 1/6 là dung dịch kiềm bicarbonat natri 12,5%. Số còn lại là huyết thanh mặn đẳng trương, 2000ml trong công thức Evans là ngọt đẳng trương. 8 giờ đầu là quan trọng nhất nên cần cho 1/2 khối lượng.

Tốc độ tiêm truyền điều chỉnh sao cho lượng nước tiểu mỗi giờ là 50ml ở người lớn và 30ml ở trẻ em. Cần đặt ống thông đái để theo dõi nước tiểu. Ở bệnh nhân bỏng theo dõi bằng huyết áp tĩnh mạch trung ương thì kém giá trị. Ngoài ra cho thở oxy

– Ngày thứ 2 cho 1/2 khối lượng ngày đầu và cho ăn uống thêm
– Ngày thứ 3 trở đi cho ăn uống tốt. Trường hợp bệnh nhân bị bỏng nặng, ăn uống kém thì cho tiêm truyền với tốc độ chậm, vì cơ thể hấp thụ trở lại nước và chlorur natri nên dễ gây phù phổi cấp.

• Tại chỗ:

– Băng ướt chỗ bỏng sâu, cắt bỏ nhiều lần các tổ chức hoại tử, rồi băng che diện bỏng. Với gạc tẩm mỡ syntomicin 10% hoặc tẩm kháng sinh hoặc dầu Visonepski rồi băng ép nhẹ giảm thoát huyết tương.

Bỏng ở bàn tay cần băng rời từng ngón, gác cao tay.

Bỏng ở các khớp cổ, nách, khoeo cần bất động ở tư thế duỗi nhiều, để ngăn ngừa sẹo co dúm làm gập khớp.

3. Săn sóc từ ngày thứ tư trở đi

• Săn sóc toàn thân: khuyến khích cho ăn uống, nếu còn nôn thì tiêm truyền bồi phụ chất dịch với tốc độ chậm. Chế độ dinh dưỡng cao: 2-3g chất đạm cho mỗi kg cơ thể trong 24 giờ (sữa bột, sữa đặc, nước quả). Khi cần thì cho truyền máu, huyết tương.

s://myhanoi.com.vn/

Nếu đái ít, cho dung dịch manitol 10%, nếu qua ngày thứ năm mà bệnh nhân vẫn đái ít, urê máu còn trên 2g/l thì cần chạy thận nhân tạo hay thẩm phân phúc mạc.

Cho kháng sinh để chống nhiễm khuẩn theo kháng sinh đồ. Chăm sóc tốt điện bỏng sâu để có thể vá da sớm.

Tại vết bỏng

- Làm sạch vết bỏng, thay băng, băng ướt với huyết thanh mặn đẳng trương để làm giảm tổ chức hạt xấu, tạo điều kiện để ghép da.
- Khi tổ chức hạt đỏ, mịn, sạch, nên ghép da, ghép sớm sau 2-3 tuần. Ghép hết chậm nhất là 6 tuần. Ghép da tự thân mỏng 0,3mm, miếng da ghép sẽ sống vĩnh viễn. Ghép da đồng loại (da tử thi, dự trữ, da của người khác) và ghép da khác loại (da lợn, da gà, màng rau...) chỉ là những băng sinh vật làm giảm thoát huyết tương và giảm bớt nhiễm khuẩn, loại da này chỉ tồn tại được mấy tuần.

Cuối cùng phải sửa chữa các di chứng như sẹo co cứng, co gấp khớp bằng các phẫu thuật chỉnh hình và vật lý trị liệu để phục hồi chức năng của chi.

HOẠI THƯ SINH HƠI

I. ĐẠI CƯƠNG

Hoại thư sinh hơi là một nhiễm khuẩn nặng do vi khuẩn kỵ khí thuộc họ *Clostridium*, hay gặp nhất là *Clostridium perfringens* gây ra. Vi khuẩn kỵ khí này có ở nhiều nơi, khi gặp môi trường thuận lợi, vi khuẩn sẽ phát triển nhanh chóng. Môi trường đó là do các vết thương giập nát ở các khối cơ bị nuôi dưỡng kém, các vết thương cắt lọc không kỹ và khâu kín da, các vết thương có đặt garô hoặc bó bột chặt quá.

Muốn tránh nhiễm khuẩn kỵ khí, tránh một thể bệnh nặng là hoại thư sinh hơi cần xử trí sớm vết thương phần mềm như cắt lọc hết những tổ chức giập nát thiếu máu nuôi dưỡng, rửa sạch, rạch rộng vết thương, không khâu kín da. Sau 5-7 ngay, khi vết thương sạch, ổn định sẽ khâu da kỳ II.

s://myhanoi.com.vn/

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Hoại thư sinh hơi xuất hiện từ 3-6 ngày sau khi bị thương.

- Dấu hiệu tại chỗ: chi bị nề to, lạnh, màu sắc da thay đổi, do có màu lá úa với các nốt phỏng, các mảng bầm tím, xám hoặc nâu thẫm, ấn thấy lạo xạo hơi ở dưới da, có nước màu vàng nâu rỉ ra, mùi thối khẳm như mùi chuột chết, cơ bị hoại tử, màu đỏ thẫm, mềm nhũn, phình ra ngoài vết thương, tiết ra nước nâu thối, chứa nhiều vi khuẩn, hồng cầu và một ít bạch cầu.
- Dấu hiệu toàn thân: tình trạng nhiễm độc, ban đầu thân nhiệt tăng cao, bệnh nhân kêu đau ở chi như bị băng quá chặt, thể trạng suy sụp đột ngột. Phải theo dõi sát diễn biến vì tình trạng nhiễm độc tăng nhanh, hoại thư lan rất nhanh.

2. X quang

Phát hiện những hình sáng giữa đám mờ của tổ chức phần mềm, đó là hơi bị tụ lại.

3. Xét nghiệm

Nuôi cấy ở môi trường kỵ khí phát hiện các trực khuẩn kỵ khí gram dương, có nha bào.

III. THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

1. Xử trí ngoại khoa

Điều trị bằng phẫu thuật là chủ yếu

- Rạch mở rộng vết thương. Chỉ định rạch mở rộng vết thương trong những trường hợp:
  + Bệnh mới xuất hiện chưa ăn sâu, lan rộng
  + Khi tình trạng quá nặng không cho phép xử trí triệt để.
  + Hoại thư sinh hơi khu trú
  + Hoại thư sinh hơi ở mông, ở thành bụng

s://myhanoi.com.vn/

Cách xử trí: rạch rộng vết thương theo hướng dọc dài 15-20cm, rạch sâu qua cân, cơ, đến tận đáy vết thương.

Tưới rửa vết thương với dung dịch sinh lý, nước Dakin, nước oxy già, thuốc tím loãng. Khi miệng vết thương mở lên trên thì rạch đối chiếu hay đặt ống dẫn lưu ở phần thấp để cho dịch thoát ra.

- Cắt lọc tổ chức bị hoại thư: khi toàn trạng bệnh nhân cho phép, cần cắt bỏ hết các tổ chức bị hoại thư.
- Cắt cụt chi: nếu hoại thư lan rộng, cần cắt cụt chi. Đây là cách xử trí triệt để song nặng đối với bệnh nhân đã suy sụp, vì vậy phải:
  + Gây mê toàn thân
  + Hồi sức tốt trước và sau khi mổ
  + Cắt cụt ở cao nơi cơ còn lành. Khi cắt, các cơ còn trương lực nên còn chảy máu.
  + Nên cắt cụt nhanh kiểu khoanh giò, cắt da, cơ, xương trên cùng một mặt phẳng. Khi bệnh nhân đã qua được tình thế hiểm nghèo sẽ sửa lại mỏm cụt.
  + Mỏm cụt để hở hoàn toàn, không khâu, nên rạch thêm hai đường dài ở hai bên mỏm cụt.
  + Sau 7-10 ngày, khi thể trạng bệnh nhân tốt, mỏm cụt sạch, sẽ mổ lại để sửa mỏm cụt.

2. Điều trị nội khoa hỗ trợ

- Truyền máu, truyền dịch trước và sau mổ
- Cho kháng sinh liều cao. Ban đầu chưa có kháng sinh đồ thì cho penicilin 5-10 triệu đơn vị pha vào huyết thanh, nhỏ giọt tĩnh mạch. Dùng phối hợp thêm tetracylin 500mg, nhỏ giọt tĩnh mạch 8 giờ một lần.
- Huyết thanh chống hoại thư mỗi ngày 60-100ml tiêm bắp hay nhỏ giọt tĩnh mạch, cho từ 3-4 ngày. Hiện nay ít dùng vì sợ hiện tượng quá mẫn và ít tác dụng.

s://myhanoi.com.vn/

ĐỤNG GIẬP CHI

I. ĐẠI CƯƠNG

Đụng giập chi là những chấn thương gây thương tổn ở phần mềm (như tổ chức mỡ dưới da, cân, nhất là cơ, bao khớp). Các tổ chức này chỉ bị giập, chảy máu, không bị rách, không đứt rời, không có vết thương.

II. CHẨN ĐOÁN

Chấn thương ở giữa đoạn chi thì chẩn đoán đơn giản với các dấu hiệu sưng nề, đau, giảm cơ năng ít. Có khi thấy tụ máu nhỏ ở nông hoặc lan ra ở lớp dưới da, tạo thành các vết bầm máu. Cần khám kỹ xem xương có bị thương tổn không bằng chiếu hoặc chụp X quang.

Chấn thương ở vùng khớp thì chẩn đoán phức tạp hơn, cần chú ý phân biệt với tràn máu ổ khớp, bong gân.

III. TIẾN TRIỂN

Sau 1-2 tuần tổ chức bị đụng giập sẽ giảm và hết sưng nề, không dòi hỏi phải điều trị. Riêng đối với người cao tuổi, bị đụng giập ở vùng gối thì đau có thể kéo dài nhiều ngày.

IV. ĐIỀU TRỊ

- Với đụng giập nhẹ: không cần bất động. Tránh cử động mạnh, tránh va chạm vào chỗ bị đụng giập. Chườm nóng ngày 2-3 lần. Bệnh sẽ khỏi sau 5-7 ngày.
- Với đụng giập nặng, nhất là ở vùng khớp thường gây đau nhiều, giãn cơ năng, cần đặt nẹp bột bất động khớp 1-2 tuần.

Tránh xoa thuốc, bóp rượu đối với đụng giập ở vùng khớp vì gây thêm đau, thêm sưng, gây xơ cứng, cứng khớp.

s://myhanoi.com.vn/

TRÀN MÁU KHỚP

I. ĐẠI CƯƠNG

Tràn máu khớp hay gặp sau chấn thương ở các khớp nông như khớp gối, khớp khuỷu. Ở các khớp sâu như vai, háng, hoặc khớp có mặt khớp kẹt như cổ chân, cổ tay thì ít gặp tràn máu khớp đơn thuần mà thường gặp gẫy xương thấu khớp, bong gân nặng gây tràn máu khớp.

II. TRIỆU CHỨNG

Khớp bị sưng to toàn bộ, các đường cong bị phẳng đi, không rõ nữa. Ở khớp gối, sau chấn thương bị tràn máu khớp, khi khám sẽ thấy dấu hiệu điển hình là tiếng chạm xương bánh chè, chứng tỏ trong khớp có dịch. Khi bệnh nhân đến sớm, khớp sưng to thường dễ chẩn đoán. Khi bệnh nhân đến muộn thường khó phân biệt sưng nề với tràn máu khớp, cần chọc thăm dò.

III. ĐIỀU TRỊ

Cần chọc kim hút hết máu trong khớp, sau đó bó bột bất động 2 tuần lễ.

- Sau chọc hút khớp gối, nên bất động khớp gối với ống bột. Bột khô thì đi lại được.
- Sau chọc hút khớp khuỷu nên đặt nẹp bất động khuỷu ở tư thế vuông góc.

Nếu để máu ứ trong khớp thì có thể có 2 biến chứng:

- Máu ứ biến thành mủ, gây viêm khớp có mủ, phải mổ tháo mủ, ảnh hưởng đến cơ năng của khớp.
- Máu ứ tiêu dần song để lại xơ cứng làm hạn chế cử động khớp.

s://myhanoi.com.vn/

BONG GÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Bong gân xảy ra ở vùng khớp, sau một động tác quá mạnh, không gây trật khớp, gẫy xương mà có các tổn thương ở bao hoạt dịch, bao khớp, nhất là các dây chằng. Dây chằng bị căng giãn, một số sợi bị đứt, rách.

Những khớp hay bị bong gân là cổ chân, gối, bàn chân, cổ tay, các ngón tay.

Thường hay gặp ở người trẻ

Có 2 loại bong gân:

- Bong gân nhẹ: dây chằng bị kéo dài, bị kéo căng quá độ hoặc bị rách một phần.

  Vì dây chằng không bị đứt rời ra nên khớp vẫn vững, thường không gây biến chứng
- Bong gân nặng: dây chằng bị bong ở một đầu xương, rời khỏi chỗ bám, nhiều khi kéo theo một mảng xương hay màng xương nhỏ, hoặc dây chằng bị đứt đôi, rách xơ, rời nhau ra, làm cho khớp không vững nữa.

II. TRIỆU CHỨNG

Quan trọng nhất là vị trí của điểm đau. Bong gân bao giờ cũng có tổn thương ở dây chằng, vì vậy điểm đau thường thấy rõ ở các vị trí:

- Ở chỗ bám của dây chằng
- Trên hướng đi của dây chằng
- Đau chói khi kéo căng dây chằng. Ví dụ như nghi bong gân ở cổ chân, thì khi xoay bàn chân và cổ chân vào trong hoặc ra ngoài để kéo căng dây chằng bên trong hoặc bên ngoài bệnh nhân sẽ thấy đau nhói.
- Bong gân nhẹ: đau ít, sưng xung quanh khớp và cơ năng ít bị hạn chế
- Bong gân nặng: đau nhiều, khớp sưng rất nhanh, sưng to, thường có tràn máu khớp.

s://myhanoi.com.vn/

III. ĐIỀU TRỊ

1. Bong gân nhẹ

Không cần bất động vì khớp vẫn vững. Ngâm vùng đau vào nước nóng (ngày 2-3 lần), cho tập cử động sớm để máu lưu thông tốt, tránh rối loạn dinh dưỡng. Bong gân cổ chân nhẹ có thể cho băng hồ bột kẽm và cho đi lại ngay.

2. Bong gân nặng

Phong bế novocain vào dây chằng. Sau đó phải bất động, vì dây chằng bị bong, đứt rời ra, khớp không vững nữa. Bong gân nặng có thể bị toác khớp, trật khớp nhẹ, để lại nhiều di chứng quan trọng. Bong gân cổ chân, khớp gối, phải bó bột, để bệnh nhân tập đi sớm, bất động khoảng 3-4 tuần lễ (nếu tháo bột mà vẫn thấy khớp không vững thì nhiều khi phải mổ khâu lại dây chằng).

Bong gân cổ tay, khuỷu, chỉ cần để nẹp bột bất động chi khoảng 10-14 ngày.

Hiện nay chúng ta còn gặp nhiều trường hợp bong gân mạn tính, thường là vì lúc chẩn đoán không chính xác, điều trị không kịp thời, do đó bị rối loạn dinh dưỡng nặng (teo gân, cơ) nề, xơ cứng, xương mất chất vôi.

Đối với các loại này, nếu đau nhiều, nhiệt độ vùng khớp còn tăng, thì phong bế novocain vào phía dây chằng rồi bất động thêm khoảng 2-3 tuần lễ nữa. Nếu đau ít, rối loạn nhẹ hơn, thì cho chạy điện, tập vận động và xoa bóp vào các gân, cơ bị teo, nề, để giúp cho máu lưu thông tốt. Nếu bị rối loạn kéo dài có thể cho phong bế vào hạch giao cảm (cổ hoặc thắt lưng).

GÃY CỘT SỐNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Gẫy cột sống thường do chấn thương mạnh gây ra như ngã từ trên cao xuống, tai nạn xe cộ, vùi lấp (sập hầm) vác nặng bị ngã...

s://myhanoi.com.vn/

Đặc biệt đoạn cổ-lưng, lưng-thắt lưng thường hay bị gẫy, vì đó là những đoạn cố định trên đó có đầu và thân di động, vì thế chịu toàn bộ lực sức mạnh của chấn thương. Nếu ngã đập chân hay mông thì thường hay gẫy một đoạn cột sống cổ.

Phân loại các loại gẫy:

- Gẫy ép hay lún (thân đốt xẹp xuống)
- Gẫy làm nhiều mảnh
- Gẫy và trật khớp, thường gây thương tổn ở tuỷ sống.

II. TRIỆU CHỨNG

Người ta chia ra làm hai loại lớn:

- Gẫy không liệt tuỷ, không có biến chứng thần kinh, nhiều khi chẩn đoán khó chính xác.
- Gẫy có liệt tuỷ, các triệu chứng thần kinh rõ, chẩn đoán dễ.

1. Triệu chứng chung của gẫy cột sống không liệt tuỷ

a. Đau: khu trú rõ vào một hoặc hai gai cột sống. Nắn hoặc gõ vào mấu gai của đốt sống gẫy bệnh nhân thấy nhói đau.

b. Giảm cơ năng: do đau, có trường hợp nặng, đau và co cứng nhiều, bệnh nhân chỉ nằm, khẽ cử động cột sống cũng đau nhói.

c. Biến dạng: mấu gai hơi gồ ra sau. Khoảng giữa hai mấu gai như toác rộng ra.

Cần chú ý là đối với những trường hợp nhẹ, chỉ thấy đau và giảm cơ năng ít, không có biến dạng, chẩn đoán lâm sàng khó chính xác, cần phải chụp X quang.

2. Triệu chứng chung của gẫy cột sống có liệt tuỷ

Điểm làm chú ý tới là liệt chi (liệt bốn chi nếu gẫy ở vùng cổ cao; liệt hai chi dưới nếu gẫy ở vùng lưng hoặc ở vùng lưng-thắt lưng; liệt hai chi dưới và liệt một phần hai chi trên nếu gẫy ở vùng cổ thấp).

- Liệt cả cảm giác lẫn vận động (liệt nhũn)
- Liệt cơ thắt (bí đái, bí ỉa).

s://myhanoi.com.vn/

Gẫy cột sống có liệt hay không liệt thì chụp cột sống chỗ nghi gẫy thẳng và nghiêng có thể chẩn đoán chính xác và nhanh.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Cấp cứu, sơ cứu gẫy cột sống nói chung

a. Cấp cứu: gẫy cột sống thường do chấn thương nặng, có thể gây thêm các thương tổn ở xương khác hoặc ở các phủ tạng trong bụng, gây sốc. Do đó, khi cấp cứu cần chú ý tìm các thương tổn khác phối hợp và phòng chống sốc trước khi di chuyển. Trong khi khám hoặc đỡ bệnh nhân để chuyên chở không được di động mạnh bệnh nhân và tuyệt đối không được cho bệnh nhân ngồi dậy. Nếu bụng mềm, không đau, chắc chắn không có thương tổn trong ổ bụng, nếu bệnh nhân kêu đau nhiều ở cột sống thì có thể tiêm 1 ống morphin 0,01g dưới da trước khi chuyên chở đi bệnh viện.

b. Chuyên chở: đây là một vấn đề rất quan trọng. Nếu di động mạnh, bất động không tốt trong khi chuyên chở sẽ gây thêm di lệch ở xương, tức là có thể gây thêm thương tổn ở tuỷ, làm thay đổi tiên lượng, chứ không như trong những trường hợp gẫy xương khác chỉ gây thêm thương tổn ở phần mềm, ở mạch máu, thần kinh ngoại biên. Đặc biệt đối với những trường hợp gẫy cột sống cổ nhất là ở đoạn cao, nếu chuyển chở không tốt, di động mạnh, có thể gây tử vong vì kích thích hành tuỷ.

Tuyệt đối không được chuyển bệnh nhân gẫy cột sống nằm ngửa trên cáng vải, chuyên chở như thế làm cột sống gấp lại, rất nguy hiểm. Bao giờ cũng phải dùng cáng cứng (hoặc tấm phản). Đặt nằm ngửa trên cáng cứng.

Nếu gẫy cột sống cổ thì nên đặt thêm một gối nhỏ ở phía dưới cổ bệnh nhân cho cổ hơi ưỡn ra, và hai bên cổ đầu có gối đỡ để khỏi di động sang bên. Gẫy cột sống cổ tuyệt đối không cho nằm cáng mềm, dù nằm sấp, dù nằm ngửa cũng nguy hiểm.

Nếu gẫy cột sống lưng thấp hoặc lưng- thắt lưng mà không có cáng cứng, buộc phải dùng cáng vải, võng thì phải để bệnh nhân nằm sấp cho cột sống khỏi gấp lại.

s://myhanoi.com.vn/

2. Điều trị thực thụ

a. Gẫy cột sống không liệt tuỷ

- Gẫy cột sống cổ hoặc đoạn cổ - lưng, hoặc đoạn lưng cao thì nắn nhẹ nhàng để cổ hơi ưỡn, sau đó bó bột kiểu Minerve, bất động trong khoảng hai tới ba tháng.
- Gẫy cột sống lưng- thắt lưng không liệt tuỷ thường hay gặp nhất là gẫy đốt sống thắt lưng 1 hoặc đốt thắt lưng 2. Phương pháp nắn được nói tới nhiều nhất là theo kiểu Boehler: treo kéo cột sống ưỡn tối đa, sau đó bó coóc-sê bột bất động trong khoảng ba tháng. Cần tập cử động nhiều.

b. Gẫy cột sống có liệt tuỷ

Nếu tuỷ bị giập nát, bị đứt, thì không thể phục hồi được. Vấn đề căn bản ở đây là săn sóc toàn thân, chống loét và nhất là chống nhiễm khuẩn tiết niệu, nếu không sẽ dễ bị tử vong.

GẪY CHẬU HÔNG

Gẫy chậu hông có thể gây nhiều loại thương tổn ở các phần khác nhau (mào chậu, cánh chậu, các ngành, các khớp), rất phức tạp. Do đó nhiều tác giả đã phân chia ra rất nhiều loại gẫy ở chậu hông. Cách phân chia đơn giản nhất gồm hai loại chính:

Gẫy một phần và gẫy toàn bộ (gẫy khung chậu).

I. GẪY MỘT PHẦN

Gẫy thường nhẹ vì ít hoặc không di lệch, điều trị đơn giản (gẫy gai chậu, mào chậu hoặc gẫy các ngành ngồi-vệ, chậu-vệ, ụ ngồi v.v..).

Về lâm sàng chỉ thấy đau và sưng ở vùng gẫy. Đau chói khi ép khung chậu lại.

Điều trị đơn giản: cho nằm thẳng trên giường cứng trong vòng 10 ngày rồi cho tập ngồi, tập đứng, tập đi. Sau khoảng 3-4 tuần lễ thì bình phục.

s://myhanoi.com.vn/

II. GẪY TOÀN BỘ (GẪY KHUNG CHẬU)

Gẫy toàn bộ thường có di lệch làm biến dạng hông vì do chấn thương mạnh, có thể gây biến chứng nặng và để lại di chứng có khi trầm trọng. Đặc biệt dễ bị sốc vì gẫy xương chậu gây chảy máu nhiều (khoảng 1000-1500ml).

Triệu chứng lâm sàng thường rõ:

- Chậu hông không cân đối
- Cánh chậu di động bất thường
- Chi dưới ngắn xoay ra ngoài. Nhưng toàn bộ chi dưới không đau, các động tác nhẹ nhàng vẫn bình thường. Gấp mạnh háng mới đau (vì dựa vào xương chậu).

Chẩn đoán dễ. Cần lưu ý tìm ngay hai biến chứng quan trọng:

- Thương tổn các phủ tạng trong ổ bụng: phải mổ sớm
- Đặc biệt rất hay gặp là thương tổn tiết niệu, nhất là giập niệu đạo sau, bí đái, hay vỡ bàng quang.

Điều trị gẫy hông có di lệch:

1. Cấp cứu sơ cứu

- Vấn đề quan trọng nhất là phòng chống sốc do chảy máu. Ở người già yếu nhiều khi sốc nặng, cần hồi sức, truyền dịch và nếu có thể thì truyền máu ngay.
- Khi đã ổn định, cho bệnh nhân nằm ngửa trên cáng hoặc ván cứng để chuyển chở.

2. Điều trị thực thụ

Nếu di lệch nhiều, chi ngắn do phần xương chậu kéo lên trên thì xuyên kim Kirschner qua phần trên lồi cầu xương đùi bên chi ngắn, và kéo tạ liên tục trong khoảng ba tuần. Sau đó cho bệnh nhân tập ngồi, tập đứng, tập đi.

Nhiều bệnh nhân không nắn được hoàn toàn, khung chậu méo, nhưng không ảnh hưởng gì nhiều tới cơ năng, nếu ở phụ nữ trẻ thì đó là nguyên nhân gây khó khăn khi sinh nở.

s://myhanoi.com.vn/

GÃY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy trên lồi cầu xương cánh tay là loại gãy xương hay gặp nhất ở trẻ em và dễ gây nhiều biến chứng, hạn chế nhiều đến động tác của khuỷu tay. Biến chứng quan trọng nhất cần phải phòng ngừa ngừa là hội chứng Volkmann (co gấp ngón tay).

Đường gãy gần như là ngang hoặc hơi chéo, đi qua các hố (hố vẹt và hố khuỷu trên mỏm trên ròng rọc và các mỏm trên lồi cầu.

Đoạn dưới thường di lệch nhiều ra sau, lên trên và vào trong.

II. TRIỆU CHỨNG

Gãy trên lồi cầu xương cánh tay là loại gãy có nhiều di lệch, chẩn đoán dễ dàng. Đau nhiều và giảm cơ năng hoàn toàn.

Khuỷu tay sưng to, cánh tay hơi gấp. Biến dạng rõ rệt vì đoạn trên gồ ra trước, có khi sát dưới da.

Tới muộn thường có tụ máu ngang ở phần dưới cánh tay, sát trên nếp khuỷu, có khi đâm chọc thủng da.

III. ĐIỀU TRỊ

Gãy ít hoặc không di lệch chỉ cần bó bột cố định ba tuần.

Gãy có di lệch, đòi hỏi phải nắn ngay, dù khuỷu có sưng to cũng phải nắn ngay. Nếu tới muộn, sưng nề to quá, nhiều nốt phỏng, thì xuyên kim Kirschner qua mỏm khuỷu và kéo liền tục trong khoảng 5 tới 7 ngày rồi nắn, bó bột.

Nắn chỉnh hình: thường phải gây mê vì trẻ con hay kêu khóc.

Bệnh nhân nằm ngửa, khuỷu tay gấp 90^0, vai dang ngang. Một người ngồi cầm các ngón tay của bệnh nhân kéo thẳng theo trục của cẳng tay. Sức kéo lại giữ bằng dây da quấn qua phần giữa cánh tay. Sau khi kéo như vậy khoảng 5 phút, người nắn đứng phía sau khuỷu tay bệnh nhân dùng hai bàn tay vòng lấy khuỷu, ba ngón

s://myhanoi.com.vn/

tay giữa ở mặt trước kéo thân xương cánh tay ra sau, hai ngón tay cái ở phía sau đẩy đoạn dưới sát ngay trên mỏm khuỷu ra trước. Sau đó bó bột từ phần trên xương cánh tay sát ngay vai tới khớp bàn tay - ngón tay. Bột phải rạch dọc ở ngay phía trước để khỏi bị ép. Bất động trong bột khoảng ba tới bốn tuần. Sau khi tháo bột, cần tập cử động dần dần gấp duỗi khuỷu. Thông thường phải sau khoảng ba tháng động tác khuỷu mới trở lại bình thường.

GÃY HAI XƯƠNG CẲNG TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy hai xương cẳng tay loại điển hình thường gặp là loại gãy thân xương, đường gãy ở giữa hai bình diện ngang: bình diện trên qua mấu nhị đầu, bình diện dưới ở khoảng 5cm trên nếp cổ tay. Thường hai xương gãy ở cùng một chỗ, hoặc gần nhau nhiều nhất là ở đoạn giữa.

Di lệch rất phức tạp vì có nhiều cơ từ cánh tay, cẳng tay, bàn tay kéo (sấp, ngửa, gấp duỗi...) làm di lệch nhiều, hai đoạn xương chồng lên nhau, di lệch sang bên, gấp góc và di lệch xoắn theo trục xương.

II. TRIỆU CHỨNG

Nói chung gãy hai xương cẳng tay có triệu chứng lâm sàng rất điển hình:

- Giảm cơ năng hoàn toàn
- Sưng to làm cho cẳng tay tròn như một cái ống, không rõ các nếp nữa. Biến dạng nhiều khi rất rõ, nhất là gấp góc (làm cho cẳng tay cong) và di lệch sang bên (làm cẳng tay gồ lên). Nắn vào chỗ biến dạng thấy đau nhói và có tiếng chạm xương.

III. ĐIỀU TRỊ

- Phương pháp kéo nắn chỉnh hình: có thể gây tê tại chỗ cho người lớn và phải gây mê cho trẻ con.

s://myhanoi.com.vn/

- Nắn: để bệnh nhân nằm, khuỷu tay gấp 90°, kéo theo trục thông thường như kéo nắn chi trên. Đầu tiên kéo thẳng theo trục để hết chồng lên nhau và hết gấp góc. Sau đó nắn chữa di lệch xoắn theo trục bằng cách kéo ngửa bàn tay ra nếu gẫy ở phần trên, hoặc để bàn tay nửa sấp nếu gẫy ở phần giữa và dưới.

Trong khi kéo như vậy, người nắn bóp trực tiếp bằng hai ngón tay cái và hai ngón tay trỏ vào khoang liên cốt (mặt trước và mặt sau) để cho khoang này rộng ra để chữa di lệch sang bên.

Sau đó bó bột cánh tay-bàn tay, có hai đoạn tre hoặc gỗ dài, tròn và đường kính khoảng 1cm, đặt ở mặt trước và mặt sau cẳng tay để bóp rộng màng liên cốt ra để tránh di lệch thứ phát. Giữ bột khoảng 6 tuần với trẻ con và 10 tuần với người lớn. Ở người lớn có một số trường hợp như là gẫy hai xương cẳng tay ở phần trên, di lệch nhiều, nắn chỉnh hình không kết quả, thì phải mổ kết hợp xương.

GẪY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY KIỂU POUTEAU - COLLES

I. ĐỊNH NGHĨA

Gẫy đầu dưới xương quay kiểu Pouteau-Colles là loại gẫy xương hay gặp nhất ở người lớn. Đó là một loại gẫy đầu dưới xương quay với các tính chất đặc biệt sau đây:

a. Gẫy trên khớp, đường gẫy ở giữa, khớp quay trụ ở dưới và chỗ bám của cơ sấp vuông ở trên.

b. Di lệch nhất định, điển hình là đoạn dưới bị kéo lên trên, ra ngoài và ra sau.

Với các tính chất đặc biệt như vậy, nên không gọi là gẫy Pouteau-Colles đối với những loại gẫy không di lệch, hoặc gẫy thấu khớp, tiên lượng nặng hơn.

s://myhanoi.com.vn/

II. NGUYÊN NHÂN - CƠ CHẾ

Chủ yếu do chấn thương gián tiếp:

- Hoặc ngã chống bàn tay xuống đất, bàn tay duỗi hết sức, cả đầu dưới xương quay bị ép giữa mặt đất và sức nặng của người.
- Hoặc do dây chằng quay-cổ tay trước kéo bật trở lại, kéo mạnh vào đầu dưới xương làm gẫy xương (thường do tai nạn quay maniven ôtô đánh bật trở lại).

III. TRIỆU CHỨNG

Đau, nhưng giảm cơ năng nhiều khi rất ít (do đó nhiều khi bệnh nhân tới muộn hoặc cũng có trường hợp chẩn đoán không chính xác vì giảm cơ năng ít, nhầm với bong gân). Nhưng thực ra, chẩn đoán lâm sàng rất dễ, vì các triệu chứng lâm sàng rất điển hình.

Sưng ở mặt trước cổ tay, có khi thấy vết bầm máu nhỏ. Nhìn kỹ để phân tích các biến dạng giúp chẩn đoán được chắc chắn không cần X quang.

1. Nhín phía mặt

a. Bàn tay vẹo ra ngoài. Trục cẳng tay không qua ngón giữa mà qua ngón 4, hoặc ngón 5.

b. Bờ trong cẳng tay và bàn tay tạo nên hình lưỡi lê (di lệch hình lưỡi lê).

2. Nhìn nghiêng

Bàn tay đưa ra sau. Đoạn dưới gồ ra sau, đoạn trên gồ ra trước tạo nên hình "lưng dĩa" (di lệch hình lưng dĩa).

3. Sờ nắn

So sánh với bên lành thấy mỏm trâm quay lên cao, hướng mỏm trâm quay ở thấp hơn trâm-trụ từ 10 tới 15mm. Khi gẫy mỏm trâm-quay bị kéo lên cao bằng hoặc cao hơn (kẻ đường nối hai mỏm trâm sẽ thấy rõ).

s://myhanoi.com.vn/

Phụ vào các biến dạng điển hình đó, có thể thấy điểm đau nhói ở chỗ gẫy. Không thấy di động bất thường và tiếng xương lạo xạo vì gẫy cài vào nhau.

IV. ĐIỀU TRỊ

Đơn giản. Chỉ cần nắn chỉnh hình sau khi gây tê tại chỗ. Nắn như sau:

Để bệnh nhân nằm ngửa, khuỷu gấp 90^0 kéo thẳng theo trục như gẫy cẳng tay (chữa di lệch lên trên). Sau đó nắn thêm trực tiếp, ngón tay đẩy đoạn dưới ra trước và đoạn trên ra sau (chữa di lệch ra sau). Cuối cùng đưa bàn tay mạnh vào trong, nghiêng hẳn về phía xương trụ (chữa di lệch ra ngoài). Nắn xong bó bột từ phía trên cẳng tay (không cần bất động khuỷu) tới khớp đốt bàn tay-ngón tay, bàn tay trong tư thế nằm sấp). Giữ bột 4 tuần.

Nắn hết di lệch thì dễ, nhưng cũng dễ di lệch thứ phát một phần trong bột. Do đó, nhiều tác giả chủ trương sau khi nắn xong, bó bột bàn tay gấp và nghiêng về phía xương trụ (để tránh di lệch thứ phát) trong hai tuần lễ, sau đó bó lại trong tư thế thường như đã tả ở trên trong hai tuần lễ nữa.

Nếu gẫy xương kèm theo toác khớp quay-trụ dưới (đầu dưới xương trụ lệch ra) thì sau khi nắn đầu xương quay xong, đầu dưới xương trụ thường trở về vị trí cũ (hết toác khớp quay trụ dưới), cần bó bột bất động lâu hơn, giữ 6 tuần.

GẪY CỔ XƯƠNG ĐÙI

Gẫy cổ xương đùi là loại gẫy mà đường gẫy ở giữa chỏm và khối mấu động. Thường hay gặp ở người già và là nguyên nhân gây tử vong vì khó liền, rất dễ gây khớp giả, phải nằm lâu.

Nguyên nhân thường do một chấn thương nhẹ ở người già (trượt chân ngã đập do hông xuống), vì xương bị mất chất vôi, bị xốp xương.

s://myhanoi.com.vn/

Có nhiều thế gẫy cổ xương đùi khác nhau về giải phẫu bệnh, tiến triển, biến chứng và ngay cả về vấn đề điều trị nữa. Tuỳ theo vị trí của đường gẫy, người ta phân chia ra hai loại gẫy cổ xương đùi: gẫy cổ chính danh và gẫy mấu động.

I. GẪY CỔ CHÍNH DANH

1. Vị trí của đường gẫy

Rất quan trọng. Có hai loại gẫy cổ chính danh tuỳ theo vị trí của chỗ gẫy.

a. Gẫy dưới chỏm hay cắt rời chỏm: đường gẫy dọc theo bờ ngoài chỏm, giữa chỏm và cổ.

Loại này rất nặng, nặng nhất trong các loại gẫy cổ xương đùi, điều trị khó khăn vì đoạn trong chỉ còn có chỏm xương đùi nhỏ, khó nắn. Thêm nữa, phần chỏm còn lại dinh dưỡng kém vì chỉ có một nhánh của động mạch dây chằng tròn nuôi dưỡng, nhiều khi nhánh này rất nhỏ, do đó xương liền rất khó, thường thấy khớp giả, hoặc sau một thời gian chỏm này bị nhỏ đi, tiêu huỷ (tiêu huỷ vô khuẩn) và thiếu máu nuôi dưỡng. Tóm lại khớp giả và tiêu huỷ chỏm là hai biến chứng chính thường gặp trong trường hợp gẫy dưới chỏm hay cắt rời chỏm.

b. Gẫy xương cổ: ở vào quãng giữa cổ. Tiên lượng khá hơn loại trên, tuy vẫn dễ bị khớp giả, vì còn một phần cổ dính vào chỏm, dinh dưỡng tốt hơn, dễ nắn hơn.

2. Triệu chứng

a. Đau: đau nhiều khi di động háng

b. Giảm cơ năng hoàn toàn: bệnh nhân chỉ nằm không nhấc được chân, đặc biệt khi để nằm duỗi thẳng chi dưới, bệnh nhân không thể nhấc gót chân lên khỏi mặt giường được.

c. Biến dạng rõ: nhìn so sánh với bên lành thấy biến dạng điển hình: chi ngắn, đùi khép, bàn chân xoay ra ngoài. Sờ nắn thấy mấu động to bị kéo lên trên. Nắn vào phía chỏm ở gần bẹn thấy điểm đau chói.

Tóm lại, triệu chứng rõ và ở một người già sau khi ngã có các triệu chứng kể trên thì chẩn đoán dễ dàng là gẫy cổ xương đùi (bao giờ cũng nghĩ tới gẫy cổ xương đùi khi một người già ngã đập mông xuống.

s://myhanoi.com.vn/

3. Điều trị

a. Phương pháp chỉnh hình: bó bột

Trước kia khi chưa phẫu thuật được cổ xương đùi thường phải áp dụng phương pháp chỉnh hình cổ điển.

Bó bột: bột Whitman (theo Royal Whitman từ 1897). Chỉ cần gây tê tại chỗ vào ổ gẫy.

Có thể đặt bệnh nhân nằm dưới đất (trên một tấm ván) như trong trường hợp nắn trật khớp háng. Để gối gấp 90^0. Kéo thẳng đùi lên trên, sau đó để đùi dạng, bàn chân xoay vào trong.

Hoặc để nằm trên bàn chỉnh hình, kéo thẳng chi (chữa chi ngắn) sau đó để đùi dạng và bàn chân xoay trong.

Nói chung, nếu bệnh nhân tới sớm trong những ngày đầu thì hầu hết là nắn hết di lệch dễ dàng, vì bệnh nhân già sức co kéo của cơ không đáng kể.

Sau khi nắn xong, bó bột kiểu Whitman (bột rất lớn, trên dựa vào xương ức, sát dưới nách và xuống tới bàn chân ngón chân).

Cố định trong bột khoảng ba tháng

Bột Whitman giúp cho bệnh nhân tập đứng, tập đi sớm, tránh được các biến chứng do nằm lâu. Nhưng thực tế có nhiều bệnh nhân già quá, gầy yếu, suy nhược, không đủ sức mang nổi bột lớn nặng này, không thể đứng và tập đi trong bột được, vì vậy không áp dụng được. Hoặc nếu có bó bột bệnh nhân vẫn phải nằm lâu gây nhiều biến chứng như viêm phổi, loét, nhiễm khuẩn niệu, cơ thể suy mòn, vì vậy gẫy cổ xương đùi thường gây tử vong ở người già yếu do các biến chứng vì nằm lâu.

b. Phương pháp phẫu thuật: đóng đinh cổ xương đùi

Vì lý do trên, ngày nay ở những nơi có đầy đủ phương tiện, nếu thể trạng bệnh nhân cho phép, thì tốt nhất là mổ cố định cổ xương gẫy bằng đinh có thêm nẹp và vít cho chắc chắn, có thể ngồi dậy ngay 24 giờ sau khi mổ, tập cử động được sớm.

Đặc biệt với những trường hợp gẫy dưới chỏm, dù có đóng đinh chỏm cũng dễ bị tiêu huỷ vô khuẩn, vì vậy nhiều tác giả chủ trương mổ và thay chỏm kim loại ngay.

s://myhanoi.com.vn/

II. GÃY CỔ MẤU ĐỘNG

1. Vị trí của đường gãy

Đường gãy ở giữa bờ ngoài của cổ và khối mấu động. Cả phần cổ còn dính vào xương, do đó đoạn trong và nhất là chỏm, vẫn được mạch máu nuôi dưỡng tốt, không sợ các biến chứng khớp giả hoặc tiêu huỷ chỏm như trong trường hợp gãy cổ chính danh.

2. Triệu chứng

Biến dạng rõ, chi ngắn, khép và bàn chân xoay ra ngoài.

Trên lâm sàng để phân biệt với loại gãy cổ chính danh, ta thấy đau, tụ máu, sưng vùng mấu động to (chứ không phải ở vùng bẹn, trong tam giác Scarpa).

3. Điều trị

Gẫy cổ mấu động chóng và dễ liền hơn loại gẫy cổ chính danh. Nắn và bó bột Whitman giữ khoảng 8 tới 10 tuần, sau đó tập cử động tại giường, tập ngồi, tập đứng chống nạng. Sau ba tháng tập đi. Đối với những người già yếu không mang được bột, nếu có phương tiện nên mổ kết hợp xương.

GÃY THÂN XƯƠNG ĐÙI

I. ĐẠI CƯƠNG

Do chấn thương mạnh gây ra. Xương to, chắc và có nhiều cơ mạnh bám vào nên thường gây sốc.

Di lệch thường quan trọng, hai đoạn gẫy chồng lên nhau làm ngắn chi rõ rệt. Đoạn dưới lệch và xoay ra ngoài (nếu gẫy phần trên) do cơ dạng kéo, xoay ra sau (nếu gẫy phần dưới) do cơ sinh đôi kéo.

s://myhanoi.com.vn/

II. TRIỆU CHỨNG

Thường rất rõ

- Sưng rất to, toàn bộ xương đùi sưng, tròn như một cái ống.
- Đau rất nhiều
- Giảm cơ năng hoàn toàn
- Biến dạng rõ: chi ngắn, gấp góc, xoay ra ngoài

Tóm lại, xương đùi rất lớn nên khi gẫy chẩn đoán lâm sàng dễ dàng, các dấu hiệu rất điển hình.

III. ĐIỀU TRỊ

a. Sơ cứu: xương đùi to, có nhiều cơ mạnh bám vào, vì vậy khi gẫy thường làm chảy máu nhiều (trung bình khoảng 1 lít) nhất là nếu lại gẫy hở, vì vậy trong cấp cứu cần chống sốc ngay: truyền dịch, tiêm thuốc trợ tim, thuốc giảm đau, bất động tạm thời sớm và tốt, sau đó khi thể trạng bệnh nhân ổn định mới di chuyển.

Nhiều trường hợp gẫy xương đùi bất động không tốt khi chuyên chở tới bệnh viện bị sốc nặng, phải hồi sức, truyền máu tích cực mới cứu được, và đặc biệt cũng có một số trường hợp gẫy hở không được đặt nẹp hoặc đặt nẹp sai quy cách, khi chuyển tới bệnh viện thì sốc quá nặng, nên bị tử vong. Vì vậy vấn đề bất động tạm thời gẫy xương đùi rất quan trọng.

Nẹp chính quy để bất động xương đùi tốt nhất là nẹp Thomas vừa bất động vừa kéo thẳng chi rất tốt. Nếu không có nẹp Thomas, mà phải dùng các nẹp khác như nẹp Cramer, nẹp sắt, nẹp gỗ, thì phải chú ý dùng nẹp đủ dài, phải kéo lên cao quá chậu hông, để bất động cả háng. Cần hai nẹp: một nẹp từ dưới gót chân lên quá chậu hông và một nẹp ở phía ngoài từ mắt cá ngoài lên quá gai chậu trước trên.

b. Điều trị thực thụ: xương đùi ở người lớn to và chắc, có rất nhiều cơ dày, lớn, có sức co kéo mạnh bám chung quanh, cho nên dù có nắn tốt cũng không thể cố định trong bột được, thế nào cũng bị lệch thứ phát trong bột, trừ trường hợp gẫy ở trẻ em, sức co kéo của cơ yếu và những trường hợp gẫy không di lệch hoặc ít di lệch. Cho nên không bao giờ đặt vấn đề điều trị gẫy thân xương đùi ở người loén bằng phương pháp bó bột.

s://myhanoi.com.vn/

c. Điều trị gẫy xương đùi có di lệch ở người lớn: đóng đinh nội tuỷ theo phương pháp Kuntscher. Hiện nay đó là phương pháp tốt nhất để điều trị gẫy thân xương đùi có di lệch ở người lớn, vì giải quyết được ba điểm sau đây:

- Nắn ngay hoàn toàn theo hình giải phẫu
- Cố định rất chắc, không phải bó bột
- Cho bệnh nhân đi được sớm

Sau khi đóng đinh, chỉ cần bất động vài ngày trên nẹp Braun để tránh sưng nề, rồi cho ngồi dậy ngay. Nếu đinh to, vững chắc, nằm chặt trong ống tuỷ, có thể cho đi được ngay (5 ngày sau khi mổ). Tuy nhiên nếu đóng đinh nội tuỷ không đúng quy cách thì cũng có rất nhiều tai biến như nhiễm khuẩn gây viêm xương, cong đinh, di động, gây khớp giả v.v..

d. Điều trị gẫy xương thân đùi không di lệch hoặc ít di lệch ở người lớn: bó bột chậu hông - chân, bất động khoảng 8 tới 10 tuần lễ.

e. Điều trị gẫy xương đùi ở trẻ em:

- Trẻ em từ vài tháng đến 2 năm: bó bột kiểu quần dài hay kiểu ếch, bất động chậu hông và cả ở hai chi dưới tới phần dưới cẳng chân trong tư thế như sau:
  + Đùi dạng, gấp thẳng góc trên chậu hông.
  + Khớp gối gấp 90^0
  + Giữ bột trong 3 tuần
- Trẻ em từ 2 tới 6 tuổi:
  + Nếu gẫy ít di lệch thì bó bột chậu lưng - chân trong 3 tới 4 tuần lễ.
  + Nếu gẫy ngang, di lệch chồng lên nhau nhiều , khó nắn và bó bột, có thể có di lệch thứ phát, do đó áp dụng kéo liên tục, kiểu kéo lên trời, trong khoảng 3 tuần.
- Trẻ em từ 6 tới 14 tuổi:
  + Nếu gẫy di lệch ít hoặc di lệch mà nắn được thì bó bột chậu lưng - chân, bất động khoảng 4 tới 6 tuần.
  + Nếu gẫy ngang, di lệch nhiều, nắn không được thì xuyên kim Kirschner qua phần trên lồi cầu xương đùi, rồi kéo liên tục trong khoảng 4 tới 6 tuần.

s://myhanoi.com.vn/

Nói chung, ở trẻ em không đặt vấn đề phẫu thuật, vì xương nhỏ dễ nắn và nhất là nếu còn di lệch, can có hơi xấu lệch, sau này trẻ lớn lên trục xương lại thẳng dần, kết quả vẫn tốt.

GÃY HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN

Gãy hai xương cẳng chân là loại gãy thường gặp, đường gãy ở giữa hai bình diện, bình diện trên ở khoảng 1cm dưới lồi củ trước xương chầy, bình diện dưới ở khoảng ba khoát ngón tay trên đường khớp cổ chân.

I. NGUYÊN NHÂN

Hay gặp ở trẻ em, do tai nạn xe cộ.

- Chấn thương trực tiếp đè ép, đường gẫy có thể ở mọi vị trí
- Chấn thương gián tiếp (cẳng chân bị bẻ gấp xuống hoặc xoắn vặn rồi gẫy, đường gẫy thường ở chỗ lồi 1/3 giữa và 1/3 dưới thân xương, chỗ yếu nhất, vì là chỗ xương chầy thay đổi hình thể (2/3 trên hình lăng trụ tam giác, 1/3 dưới hình tròn). Xương mác thường gẫy cùng chỗ hoặc gẫy ở cao hơn, tiếp theo đường gẫy xương chầy (gẫy chếch).

II. DI LỆCH

Di lệch thường rõ

- Di lệch sang bên, đoạn dưới thường bị các cơ ở phía sau kéo ra sau
- Xoắn vặn: đoạn dưới thường bị các cơ ở mặt ngoài kéo xoắn ra ngoài.

III. TRIỆU CHỨNG

Chẩn đoán gẫy hai xương cẳng chân rất dễ vì xương chầy to và ở sát ngay dưới da.

- Giảm cơ năng cẳng chân hoàn toàn

s://myhanoi.com.vn/

- Biến dạng rõ: gấp góc, chi ngắn, bàn chân xoay ra ngoài, đầu xương gẫy sắc nhọn có thể gồ ra ở mặt trong cẳng chân, sát ngay dưới da, có khi đâm thủng da thành một lỗ nhỏ (gẫy hở từ trong đâm ra).

Nếu tới muộn thì sưng toàn bộ, làm cho không thấy rõ các biến dạng kể trên.

- Vết tím bầm ở vùng cơ, mặt sau, ngoài
- Nốt phỏng

IV. TIẾN TRIỂN

Điều trị tốt, sau khoảng 12 tuần lễ thì xương liền, và sau khoảng 5 tới 6 tháng thì bình phục hoàn toàn.

Tuy nhiên cũng dễ gặp hai biến chứng, nhất là nếu điều trị không đúng phương pháp.

a. Rối loạn dinh dưỡng: nốt phỏng cũng là một rối loạn dinh dưỡng sớm (giống trong trường hợp gẫy trên lồi cầu xương cánh tay).

Rối loạn muộn thường thấy khi tháo bột hoặc tập đi quá mạnh

Nề ở bàn chân, cổ chân, cẳng chân khi đi hoặc đứng lâu. Nề xẹp đi khi để chân cao, lúc nghỉ, ngủ. Nề lại khi đứng lâu, tập đi.

Da khô, dày

Mất chất vôi ở xương làm xương xốp, và nhất là đau làm giảm cơ năng ở cổ chân.

b. Can chậm, khớp giả, can lệch: thường là do bất động kém.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Phương pháp chỉnh hình

Đa số gẫy hai xương cẳng chân có thể điều trị bằng phương pháp chỉnh hình.

a. Đối với những trường hợp gẫy không di lệch hoặc ít di lệch: bó bột cố định ngay, từ phần trên đùi tới ngón chân. Sau khi bó bột cần chú ý rạch dọc ngay ở mặt trước để khỏi chèn ép gây hoại thư chi. Khi bột khô thì cho bệnh nhân tập đi. Giữ bột khoảng 10 tuần lễ.

s://myhanoi.com.vn/

b. Đối với trường hợp có di lệch: gây tê novocain vào chỗ gẫy rồi nắn. Nên nắn ngay, càng sớm càng tốt, vì chờ đợi cẳng chân dễ bị sưng to. Chỉ cần nắn tốt xương chầy, còn xương mác là xương nhỏ, phụ, có còn di lệch cũng không phải sửa (thực tế ra nếu xương chầy được nắn thẳng thì xương mác cũng thẳng hoặc chỉ còn di lệch không đáng kể). Nếu tới muộn, cẳng chân sưng to, có nốt phỏng hoặc tụ máu, thì không bó bột cố định ngay, mà phải chờ một tuần sau mới nắn và bó bột cố định. Trong những trường hợp như vậy nên xuyên kim Kirschner qua xương gót, băng vô khuẩn cẳng chân rồi kéo liên tục trên nẹp Braun, chờ hết sưng, nốt phỏng xẹp rồi mới nắn và bột cố định.

Nắn gẫy hai xương cẳng chân có di lệch rất khó thực hiện bằng tay và nếu để cẳng chân duỗi, cơ tam đầu cẳng chân kéo căng thì không thể nào nắn được. Do đó, không gì tốt bằng nắn trên khung kéo chỉnh hình kiểu Boehler.

Xuyên kim Kirschner qua xương gót, mắc vào móng ngựa. Để bệnh nhân nằm, háng và cẳng chân gấp 90°, khoeo dựa lên trên khung. Thường dù có lệch nhiều cũng có thể nắn được tốt.

Cố định: sau khi nắn xong, bó bột từ phần trên cẳng chân tới ngón chân, bó ngay trên khung kéo. Sau đó tuỳ theo đường gẫy mà quyết định phương pháp cố định để tránh di lệch.

- *Nếu gẫy chéo hoặc xoắn:* sau khi bột khô, bỏ cẳng chân khỏi khung kéo nhưng vẫn giữ kim Kirschner ở xương gót để kéo liên tục, sức kéo khoảng 2-2,5kg trong 3 tuần lễ (kéo để tránh di lệch thứ phát chứ không phải để nắn). Sau ba tuần lễ kéo liên tục, đã có can xơ thì rút kim Kirschner và bó bột đùi bàn chân, cho tập đi.
- *Nếu gẫy ngang:* sau khi bột khô, bỏ cẳng chân khỏi khung kéo và đặt thêm nẹp bột ở phía sau khoeo và đùi, bó thành bột đùi-bàn chân. Sau vài ngày cho bệnh nhân tập đi sớm (như trong trường hợp gẫy không di lệch). Thời gian cố định trong bột khoảng 10 tới 12 tuần lễ.

Trên đây là phương pháp nắn bó cố định gẫy hai xương cẳng chân kinh điển theo Boehler. Từ năm 1974, khoa chấn thương Bệnh viện Việt Đức có áp dụng bó bột ôm gối theo Sarmiento: bột ôm

s://myhanoi.com.vn/

lấy xương bánh chè và hai bên lồi cầu, phía sau để lộ hẳn khoeo, do đó vẫn gấp duỗi gối được, và cho tập đi ngay, tập gấp duỗi gối nhiều. Nhờ đi sớm, cử động nhiều, nên máu lưu thông tốt, xương chóng liền hơn và nhất là tránh được rối loạn dinh dưỡng.

2. Phương pháp phẫu thuật

Đa số gẫy hai xương cẳng chân tới sớm có thể điều trị tốt nếu bó bột đạt kết quả. Chỉ với một số ít trường hợp nắn không được, bị di lệch thứ phát hoặc điều trị không đúng phương pháp, can lệch, mới phải mổ kết hợp xương.

GẪY XƯƠNG MÁC

Gẫy riêng xương mác, còn xương chầy vẫn còn nguyên vẹn. Thường do chấn thương trực tiếp.

Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn. Chỉ thấy sưng nề đau tại chỗ gẫy.

Điều trị đơn giản, không cần nắn. Bó bột từ phần trên cẳng chân tới bàn chân, giữ 3 tới 4 tuần lễ, cho bệnh nhân tập đi sớm.

NHIỄM KHUẨN BÀN TAY

I. ĐẠI CƯƠNG

Bàn tay chỉ là một bộ phận bé nhỏ so với toàn thân, nhưng lại là cơ quan lao động chủ yếu, vận động rất tinh vi. Một di chứng nhỏ có khi lại ảnh hưởng khá nhiều tới chức năng bàn tay, do đó, khi săn sóc, điều trị một thương tổn bàn tay, chúng ta phải thận trọng hơn là đối với các thương tổn ở phần mềm khác.

Bàn tay lại rất dễ bị nhiễm khuẩn, và lại có nhiều mô mỡ, bao gân, bao hoạt dịch, nên nhiễm khuẩn dễ lan rộng, đặc biệt có nguy cơ lan lên phần trên theo bao hoạt dịch.

Ngày nay phẫu thuật bàn tay đã thành một chuyên khoa.

s://myhanoi.com.vn/

II. NHIỄM KHUẨN CẤP TÍNH Ở BÀN TAY

1. Nguyên nhân

Do vi khuẩn làm mủ gây ra, hầu hết thường là tụ cầu khuẩn vàng, đôi khi là liên cầu khuẩn. Vi khuẩn vào cơ thể qua các tổn thương rất nhỏ, các vết chọc do gai, kim, dằm, mảnh thuỷ tinh...

2. Khám và chẩn đoán

Ngoài việc khai thác kỹ các tiền sử có liên quan tới nhiễm khuẩn hiện tại, cần chú ý đến một số bệnh như đái tháo đường, một số nghề nghiệp, hoàn cảnh làm việc dễ gây các sây sát ở bàn tay.

Ngoài các dấu hiệu chung của nhiễm khuẩn tại chỗ: sưng, nóng, đỏ, đau có hai dấu hiệu đặc biệt cần chú ý:

- Xác định vùng đau chói khu trú sẽ cho biết rõ vùng bị viêm tấy cũng như các mô phần mềm hay gân, bao khớp, xương, bị tổn thương.
- Cơn đau nhức nhối tăng lên rõ rệt ban đêm làm mất ngủ, phải đi đi lại lại, giơ tay bị viêm lên cao, đó là dấu hiệu căng tức vì có mủ rồi, cần phải chích mủ ngay.

3. Điều trị

a. Thời kỳ viêm tấy chưa làm mủ: nguyên tắc là điều trị bảo tồn, không được chích rạch, hoặc tự động khêu chọc, vì có thể gây nhiễm khuẩn lan toả, nhiễm khuẩn huyết.

- Tại chỗ: ngâm nước nóng, đắp cồn pha loãng
- Kháng sinh chỉ có tác dụng trong giai đoạn viêm tấy đang lan, chưa thành mủ. Nhiều trường hợp đã thành mủ nhưng vẫn dùng kháng sinh, gây ra nung mủ kéo dài âm ỉ nhưng không thoát ra được, gây phản ứng xơ liên kết, vừa duy trì ổ viêm dễ tái phát, vừa ảnh hưởng tới cơ năng vận động.
- Bất động tốt bằng nẹp bột hoặc băng có độn, giữ bàn tay trong tư thế cơ năng, vẫn có thể tập luyện các ngón tay không bị tổn thương. Bất động làm hết viêm tấy hoặc chuẩn bị cho viêm tấy nhanh chóng khu trú làm mủ.

s://myhanoi.com.vn/

b. Thời kỳ đã làm mủ: nhất thiết phải mổ, nhằm mục đích:

- Tháo mủ và dẫn lưu tốt ổ mủ
- Cắt bỏ hết mô hoại tử
- Thăm dò tìm tất cả các đường mủ lan

Muốn thực hiện tốt các đòi hỏi trên, phải mổ trong các điều kiện dưới đây:

- *Vô cảm thật tốt:* mổ chín mé có thể gây tê novocain kẽ ngón. Mổ viêm tấy bàn tay phải gây tê (đám rối thần kinh cánh tay) hoặc gây mê. Tuyệt đối không gây tê tại chỗ bằng kelen (chlorur etyl) khi mổ vào lớp sâu, vì bệnh nhân rất đau.
- *Vùng mổ sạch,* không có máu thấm để nhìn rõ các tổ chức cắt lọc. Vì vậy *cần để garô* khi mổ viêm tấy bàn tay.
- *Đường mổ rạch phải bảo đảm dẫn lưu mủ tốt* mà không gây tổn thương thêm. Đối với ngón tay, dùng đường rạch ở trên đường giao tiếp giữa da và vùng mu và gan ngón tay. Đối với gan tay, tránh đường rạch cắt chéo các nếp gấp ngang của gan tay. Không nên dùng mũi dao chích một lỗ và thông với các túi mủ. Cũng không nên rạch rộng lan tới các mô lành gây nhiễm khuẩn lan rộng, cũng như tránh cắt vào bó mạch thần kinh, gân. Cuối cùng, đường rạch không được để các sẹo co sau này.
- *Dẫn lưu bằng cao su mỏng, chỉ để 48 giờ,* không nên dùng ống cao su hoặc bấc gạc.
- *Băng ép để thoát dịch mủ:* tránh ứ đọng và đồng thời cầm máu, nhưng băng phải giãn để dẫn lưu tốt.
- *Đặt nẹp bột bất động bàn tay*
- *Tập cử động sớm các ngón tay.* Sau khi vết thương khô, bệnh nhân được hướng dẫn tập luyện tỉ mỉ để chóng phục hồi chức năng.

4. Các loại nhiễm khuẩn cấp tính chính ở bàn tay

Có hai loại chính:

- Nhiễm khuẩn vùng ngón tay gọi là chín mé
- Nhiễm khuẩn vùng bàn tay tạo nên các trường hợp viêm tấy bàn tay.

s://myhanoi.com.vn/

CHÍN MÉ

Danh từ chín mé bao hàm những tình trạng nhiễm khuẩn của ngón tay rất khác nhau. Có ba loại chính:

- Chín mé nông
- Chín mé dưới da
- Chín mé sâu

1. Chín mé nông

a. Chín mé đỏ ửng (panaris érythémateux): loại này chỉ gây đỏ trên mặt da, hơi sưng, đau tại chỗ. Điều trị đơn giản bằng chườm nóng, đắp cồn, bất động vài ngày, thường là khỏi.

b. Chín mé phỏng (panaris phlycténoide): là một nốt phỏng có mủ, ít đau, thường ở đầu ngón tay.

Điều trị: không cần gây tê. Dùng kéo vô khuẩn cắt bỏ hết da bọc nốt phỏng rồi băng vô khuẩn.

c. Chín mé vùng móng tay, có thể là:

- Chín mé kẽ móng tay do vết kim châm vào cạnh móng, hoặc vết nẻ "xước măng rô". Sưng tấy nhẹ ở một bên móng, kẽ móng, sau có thể có một chấm mủ. Nếu không chữa có thể lan nhanh chóng,

  Khi chưa có mủ thì chườm nóng, đắp cồn có thể khỏi. Nếu có mủ, dùng dao mổ lách cạnh móng tay, nặn mủ ra.
- Chín mé quanh móng, khi đã có mủ quanh móng, dùng dao rạch một vạt da hình chữ nhật ở phía trên móng tay, lật vạt da đó lên, cắt bỏ phần móng tay (không cắt bỏ toàn bộ móng) bị mủ đội lên, dẫn lưu bằng miếng cao su.

Sau khi hết mủ, móng tay sẽ mọc lại dần dần. Khoảng hai ba tháng sau liền hoàn toàn.

- Chín mé dưới móng, chỉ cần cắt bỏ theo hình tam giác móng bị mủ đội lên, lấy đi một phần góc vuông rồi dẫn lưu là đủ.

s://myhanoi.com.vn/

2. Chín mé dưới da

Đây là hình thái rất đáng sợ của chín mé chính danh với xu hướng tiến triển vào sâu. Cũng có nhiều loại:

a. Chín mé ở đầu ngón tay, trên búp ngón tay. Bất cứ ngón tay nào cũng có thể bị, thường thấy ở ngón tay cái và ngón tay trỏ. Giữa da và xương đầu ngón có các mô xơ cứng, chia khoang này ra làm nhiều vách đầy mô mỡ (như một tổ ong). Nhiễm khuẩn ở mô xơ cứng này như ở trong một khoang bị bịt lại, vì vậy gây đau rất nhiều, đau giần giật vì mạch đập, không thể ngủ được. Diễn biến thường đưa tới làm mủ. Đường rạch một bên, ở chỗ tiếp giáp da phía mặt và phía mu ngón tay, ở phần giữa đốt, không rạch thấp xuống giữa đầu ngón để tránh sẹo ở vùng sử dụng thường xuyên, và ở phía trên, cách nếp gấp khoảng 1cm để khi vào sâu không mở vào phần cuối của bao gân gấp.

b. Chín mé ở đốt 1 và đốt 2

Rạch hai mặt bên đốt tháo mủ, cắt bỏ các mô hoại tử và dẫn lưu bằng một mảnh cao su mỏng xuyên ngang.

3. Chín mé sâu

Thường là biến chứng của chín mé dưới da không được chữa hoặc chích rạch không đủ, gây viêm xương (hay gặp nhất), viêm khớp, hoặc viêm bao gân gấp (hiếm).

Hay bị viêm xương ở đốt cuối (đốt hay bị chín mé). Đốt ngón tay sưng to, da tím đỏ, đau. Có khi có lỗ rò quanh móng tay có đầy mô hạt hoặc có lỗ rò trên vết rạch cũ. Viêm xương đốt ngón tay cũng tiến triển như mọi trường hợp viêm xương khác, dẫn tới hoại tử đoạn xương bị viêm, thành xương chết.

Cần phải mổ mở rộng lỗ rò, nạo ổ viêm, nếu có xương chết thì phải lấy bỏ. Ngày nay, nhờ có kháng sinh nên không phải tháo bỏ đốt ngón tay nữa mà chỉ cần lấy xương viêm, có khi lấy toàn bộ đốt xương, phần mềm còn lại vẫn giữ được cảm giác khi tiếp xúc. Đặc biệt không bao giờ tháo bỏ đốt ngón tay cái bị viêm mà chỉ lấy bỏ xương viêm đi thôi.

s://myhanoi.com.vn/

VIÊM TẤY BÀN TAY

Ngoài các trường hợp viêm tấy nông trên lớp cân bao gồm viêm tấy đỏ ửng, nốt phỏng; chỗ chai tay là những viêm tấy cục bộ nhẹ, điều trị đơn giản; viêm tấy bàn tay chính thực quan trọng là loại viêm tấy dưới màng cân, phân chia ra hai loại:

- Viêm tấy khoang tế bào
- Viêm tấy bao hoạt dịch

1. Viêm tấy khoang tế bào

Gồm nhiều loại tuỳ theo vị trí

a. Viêm tấy kẽ ngón: kẽ ngón tay sưng đau, lùng nhùng mủ, trong khi đó toàn bộ bàn tay bình thường hai ngón cạnh kẽ viêm bị dạng rộng ví như "càng cua". Tiến triển có thể lan rộng ra phía mu tay.

Khi mổ phải gây mê. Đặt garô cẳng tay. Rạch phía gan tay và mu tay dọc theo kẽ ngón, cách nếp da kẽ ngón khoảng 5mm, dài khoảng 2cm. Đặt cao su dẹt dẫn lưu xuyên.

b. Viêm tấy khoang giữa gan tay:

- Loại nông trước gân hay gặp hơn. Sưng nề, đau chói khu trú rõ ở giữa gan tay, có khi lan tới cổ tay, nhưng mô cái, mô út và các kẽ ngón bình thường. Tiến triển có thể lan sang khoang mô cái, lên cổ tay hay xuống sâu dưới bó gân.
- Loại sâu, viêm tấy khoang giữa gan tay sau gân. Rất nặng nhưng rất hiếm.

Nhiễm khuẩn phát triển ở một phần hoặc toàn bộ khoang ở trước cơ liên cốt, có thể trở thành liệt hoàn toàn và vĩnh viễn: đốt 1 duỗi thẳng ra, và hai đốt dưới gấp lại.

Tiến triển nặng và dẫn lưu khó thực hiện, do đó sau này thường để lại di chứng như khó gấp ngón tay, rối loạn dinh dưỡng.

c. Viêm tấy mô cái (theo Dolbeau): toàn bộ mô cái sưng tấy rõ cả ở phía mu tay, rất khu trú. Ngón tay cái dạng xa các ngón khác.

d. Viêm tấy mô út: khu trú rõ, định bệnh dễ. Chích tháo mủ đơn giản.

s://myhanoi.com.vn/

2. Viêm tấy bao hoạt dịch

Điểm đặc biệt quan trọng cần chú ý ngay là bao hoạt dịch gân gấp ở các ngón tay là mô xơ, dày, cứng, bọc gân gấp từ phần nếp gấp gan tay xuống. Ngoài ra còn một lớp màng mỏng hơn bọc ngoài, và ở ngón cái và ngón út màng này kéo lên qua vùng gan tay, lên tới phần dưới cẳng tay (bao hoạt dịch quay và trụ).

Ngày nay, vì thường được điều trị kháng sinh sớm, nên rất ít gặp viêm tấy bao hoạt dịch. Toàn bộ ngón tay sưng nề, nửa gấp; người bệnh không thể duỗi ngón tay ra được vì đau (ngón tay gấp như một cái móc không kéo thẳng ra được). Ấn vào bao hoạt dịch gân gây đau chói. Dễ gây biến chứng như gân bị hoại tử và gấp; nhiễm khuẩn lan lên bao hoạt dịch quay (từ ngón cái) hoặc lên bao hoạt dịch trụ (từ ngón út). Ở vùng cổ tay, hai bao hoạt dịch này lại thông với nhau, do đó trường hợp nặng nhất là lan toàn bộ vào cả hai bao hoạt dịch (qua mô cái, mô út).

Điều trị: cần cho tiêm ngay penicilin. Khi mổ phải gây mê, đặt garô.

Viêm bao hoạt dịch gân ngón tay đơn thuần thì chích mổ bao gân ở đầu trên (nếp gấp gan tay) và ở đầu dưới (đốt cuối) cắt lọc hết mô hoại tử, và đặt một ống chất dẻo nhỏ dọc theo bao gân để tưới rửa kháng sinh liên tục.

Nếu viêm bao hoạt dịch quay hoặc trụ thì phải sạch và đặt ống tưới rửa kháng sinh ở vùng gan tay.

THƯƠNG TÍCH BÀN TAY

Vết thương bàn tay là một thương tổn thường gặp, đa số là các tai nạn lao động với thương tổn phức tạp, có nhiều nguy cơ gây nhiễm khuẩn, hạn chế động tác, do đó việc điều trị phải sớm, đúng và đầy đủ, ngày nay đã có chuyên khoa phẫu thuật bàn tay.

I. KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN THƯƠNG TỔN

Cần thăm khám tỉ mỉ để có thể xác định đầy đủ các thương tổn trước để có hướng và chuẩn bị phương tiện xử trí tốt.

s://myhanoi.com.vn/

1. Thương tổn da

Xem vết thương dài, rộng bao nhiêu, mất da tới mức độ nào, ở những phần nào, ngón nào, để dự tính sẽ cắt lọc ra sao, có phải vá da không.

2. Thương tổn mạch máu

Đứt ít hoặc mạch nhỏ thì không thấy các triệu chứng gián tiếp nào. Khi đứt cả hai động mạch chính của ngón tay thì ngón tay bị nhợt nhạt, hoặc tím lại, đầu ngón xẹp. Nếu khâu giữ phải nghĩ trước "dễ có khả năng hoại tử vì không có mạch máu nuôi dưỡng nữa". Nếu có phương tiện khâu nối được mạch nhỏ này (như khâu nối ngón tay đứt rời) thì mới có triển vọng ngón tay không bị hoại tử.

3. Thương tổn thần kinh

Ở bàn tay, ngón tay, căn bản là tìm vùng cảm giác đánh giá thương tổn của thần kinh giữa, trụ, quay, vì các cơ đã nhận được các nhánh ở phần trên rồi, nên vận động ít bị ảnh hưởng.

4. Thương tổn gân.

Mỗi một gân có một tác dụng nhất định, thực hiện một cử động nhất định. Chỉ có nghiên cứu cử động này mới biết chắc được là gân nào bị đứt. Vì vậy cần nắm vững cách nghiên cứu cử động.

a. Nếu nghi là gân gấp bị đứt, thì khám như sau:

Bàn tay đặt ngửa lên một mặt phẳng, cổ tay để thẳng. Thầy thuốc lấy tay ấn vào đốt thứ nhất ngón tay bị thương để cho nó bất động.

- Đốt cuối của ngón tay không gấp được là gân gấp sâu bị đứt.
- Đốt thứ hai (khớp giữa đốt 1 và đốt 2) không gấp được hoặc chỉ gấp yếu là gân gấp nông bị đứt.
- Hai đốt cuối không gấp được, nhưng khớp bàn, ngón tay vẫn gấp được: cả hai gân gấp bị đứt (cơ giun và cơ liên cốt gấp đốt bàn - ngón tay).

b. Nếu nghi là đứt gân duỗi, thì để bàn tay sấp rồi nghiên cứu cử động duỗi:

s://myhanoi.com.vn/

- Đứt kín gân duỗi ở gần chỗ bám tận, sát vào nền đốt cuối, rất hay gặp sau tai nạn đấm bóng, ngón tay gấp mạnh đột ngột: đốt cuối co gấp ngay lại rất điển hình, không thể duỗi ra được. Điều trị đơn giản, chỉ cần đặt nẹp bất động toàn bộ ngón tay, để đốt cuối duỗi tối đa giúp cho hai đầu gân đứt dính gần nhau. Sau ba tuần gân sẽ liền.
- Đứt gân duỗi ở bàn tay hoặc phần giữa ngón tay thì không duỗi được đốt 1, còn đốt 2 và đốt 3 vẫn duỗi được nhưng yếu do tác động của cơ giun và cơ liên đốt.

II. ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG BÀN TAY

Tuyệt đại đa số vết thương bàn tay đòi hỏi phải mổ, và cũng theo các nguyên tắc điều trị vết thương nói chung. Cần chú ý thêm:

1. Chuẩn bị bàn tay trước khi mổ

Rửa vết thương. Bàn tay thường là bẩn, cho nên phải chuẩn bị kỹ càng. Đối với các vết thương rộng, giập nát nhiều, chuẩn bị bàn tay trước khi mổ phải coi như là một thì của thủ thuật, nghĩa là gây tê hay gây mê cho bệnh nhân, chuẩn bị vô khuẩn, rửa vết thương bằng nước vô khuẩn và xà phòng, rửa bằng dầu xăng để làm tan dầu mỡ (vết thương do tai nạn máy giập). Sau khi rửa sạch vết thương, phẫu thuật viên thay lại áo mổ rồi mới khử khuẩn vết thương để mổ.

2. Thường phải gây tê và đặt garô để cắt lọc tốt, kiểm tra từng lớp

• *Điều trị vết thương ở da*

Ở ngón tay, gan tay, phải cắt lọc rất tiết kiệm. Cần ghép da để che các đầu ngón tay nếu mất da (vì là vùng tiếp xúc thường xuyên), nếu không sau này sẹo co, cứng kích thích đau buốt, không sử dụng được.

• *Điều trị vết thương gân*

- Vết thương gân duỗi: nên khâu ngay, khâu dễ dàng hai đầu gân, kết quả thường tốt vì không có bao hoạt dịch, không sợ dính gân. Khâu xong bất động ngón tay duỗi khoảng 140-150^{o} trong ba tuần.

s://myhanoi.com.vn/

- Vết thương gân gấp: ở bàn tay có hai gân gấp nông và sâu nằm trong bao gân, và đặc biệt xuống ngón tay, gân gấp nông lại tẽ đôi để gân gấp sâu xiên qua, do đó khâu gân gấp ở bàn tay rất khó và thường bị dính không cử động được.

Các tác giả phân chia đứt gân gấp ở bàn tay ra ba loại, theo vị trí chỗ đứt:

+ Đứt gân gấp ở cẳng tay: dễ khâu và bao giờ cũng phải khâu
+ Đứt gân gấp ở cẳng tay, trên nếp gấp của bàn tay thì coi như ở khu đệm, nếu đứt gọn, sạch, thì khâu một gân (dù đứt cả hai gân). Nếu giập nát, ô nhiễm nhiều thì chờ sau 3 tuần mổ ghép gân.
+ Đứt gân gấp ở vùng ngón tay, bàn tay dưới nếp gấp, gân gấp ở trong bao hoạt dịch ngón tay thì không nên khâu, chờ sau này ghép gân.

III. TẬP VẬN ĐỘNG

Tập vận động rất quan trọng, nhất là cần tập vận động sớm các ngón tay. Cẳng tay, cổ tay có thể bó bột bất động trong 2-3 tháng, sau này tập vận động sẽ phục hồi dần, nhưng không nên bất động ngón tay quá ba tuần lễ. Thông thường sau khi mổ vài ba ngày hoặc sau một tuần lễ là phải tập gấp duỗi nhẹ nhàng ngón tay (nhiều khi là tập lên gân, cử động nhẹ trên nẹp).

DẪN LƯU MÀNG PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG

Trong phẫu thuật lồng ngực, bao giờ cũng phải dẫn lưu kín không để cho không khí lọt vào khoang màng phổi.

Máu là môi trường nuôi cấy vi khuẩn, vì vậy cần được hút hoặc dẫn lưu ra khỏi khoang màng phổi. Trong chấn thương lồng ngực, so sánh giữa việc hút máu nhiều lần với dẫn lưu khoang màng phổi

s://myhanoi.com.vn/

người ta thấy hút máu nhiều lần dễ gây viêm mủ màng phổi, vì vậy nếu hút máu hai ba lần không hết thì nên dẫn lưu khoang màng phổi. Nếu phổi không giãn nở ra tới sát lồng ngực, còn những khoang trống, thì sẽ bị nhiễm khuẩn thành những ổ mủ đóng kén, vì vậy ngoài việc dẫn lưu phải giúp cho hô hấp tốt, hút đờm dãi, tập thở, tập ho.

II. DỤNG CỤ DẪN LƯU MÀNG PHỔI

1. Trôca là ống chọc bằng kim loại, có thông nòng đầu hình chóp tù, có bốn cỡ với đường kính 7,8,10,12mm.
2. Các ống dẫn lưu bằng nhựa cỡ từ 28-32 Fr. Có loại ống dẫn lưu có nòng bằng kim loại dùng để chọc vào khoang màng phổi, đỡ dùng trôca và cản quang để dễ kiểm tra bằng X quang.
3. Một ống nối nối ống dẫn lưu với ống khác ra lọ dẫn lưu.
4. Một lọ dẫn lưu kín có 2 ống xuyên qua nút lọ, một ống để lơ lửng trong lọ, còn ống thứ hai phải ngập trong nước.
5. Máy hút: máy này có thể chạy liên tục 24/24h
6. Bộ phận giảm áp lực hút có thể điều chỉnh được
7. Bơm và kim tiêm nhỏ để tiêm thuốc tê
8. Dao mổ và vài cái kẹp

III. KỸ THUẬT DẪN LƯU Ổ NGỰC

1. Chọn chỗ chọc hút

a. Chụp X quang: để biết máu hoặc mủ ở mức nào trong ổ ngực

Dùng bơm tiêm hút máu tìm vị trí dẫn lưu trước.

b. Dẫn lưu: nên làm ở gian sườn 5, hoặc 6, trên đường nách giữa. Nếu viêm mủ màng phổi, mủ lan tràn cả trong ổ ngực, không nhất thiết phải dẫn lưu ở chỗ thấp nhất, vì sau 4-5 ngày hai lá phổi dính vào nhau bắt đầu từ chỗ đáy và túi mủ ở cao hơn bên trên.

- Cũng do vậy mà nếu ống dẫn lưu khoang màng phổi bị tụt, mấy ngày sau cần dẫn lưu lại, thì phải hút tìm mủ ở cao hơn.

s://myhanoi.com.vn/

- Nếu phải dẫn lưu ở những ổ mủ đóng kén thì nhất thiết phải dẫn lưu ở đáy của ổ mủ, vì màng phổi đã xơ cứng không dính lại như trường hợp trên.

c. Gây tê dưới da ở chỗ định dẫn lưu

d. Dùng bơm và kim tiêm hút tìm mủ hoặc máu trước khi đặt ống trôca. Rạch da.

2. Đặt ống dẫn lưu

a. Đâm trôca có nòng vào khoang màng phổi qua gian sườn 5 hay 6, trên điểm mốc, đi sát vào bờ trên xương sườn để tránh bó mạch thần kinh gian sườn (ở gần bờ dưới xương sườn).

b. Rút bó nòng thông, bịt ngón tay vào đầu trôca, đầu ống dẫn lưu có kẹp để không khí khỏi lọt vào ổ ngực.

c. Rút bỏ trôca, phải kẹp ống dẫn lưu trước khi rút hẳn ống trôca

d. Khâu đính ống dẫn lưu vào thành ngực. Đặt chỉ chờ

e. Nối ống dẫn lưu khoang màng phổi với bộ phận dẫn lưu vào lọ có đựng nước sát khuẩn, bỏ kẹp.

3. Theo dõi dẫn lưu

a. Theo dõi mức nước lên xuống ở ống thủy tinh cắm trong lọ, áp lực âm tính trong ổ ngực thay đổi từ -5 đến -20cm nước tuỳ theo thì thở.

b. Nếu không thấy mức nước ở trong ống thủy tinh lên xuống là ống dẫn lưu bị tắc.

c. Khi lọ dẫn lưu đầy thì phải thay ngay

d. Cho người bệnh thở mạnh để phổi giãn sát thành ngực.

s://myhanoi.com.vn/

DẪN LƯU BÀNG QUANG

I. CHỈ ĐỊNH

Trong các trường hợp bí đái

Trong nhiễm khuẩn bàng quang: để rửa bàng quang và bơm thuốc

Trong các trường hợp mổ đường tiết niệu, mổ ở khung chậu, ở tầng sinh môn

Để chẩn đoán: để phân biệt bí đái với vô niệu, để theo dõi lượng nước tiểu trong sốc chấn thương, để biết số lượng nước tiểu ứ đọng trong bàng quang, lấy nước tiểu để thử tế bào, vi khuẩn.

Dẫn lưu bàng quang bằng hai phương pháp:

- Thông đái qua đường niệu đạo
- Chọc thông bàng quang ở trên xương vệ (không nên làm vì dễ gây tràn nước tiểu vào khoang quanh bàng quang (khoang Retzius), nên sau chọc cần gửi lên tuyến trên ngay.

II. THÔNG ĐÁI QUA NIỆU ĐẠO

Thông đái qua niệu đạo không phải lúc nào cũng thực hiện được mà phải cân nhắc, thận trọng khi chỉ định. Đối với những trường hợp sau đây thì không được chỉ định thông đái qua niệu đạo:

- Giập niệu đạo
- Viêm niệu đạo cấp tính

1. Dụng cụ

a. Các ống thông khác nhau về chất liệu:

- Ống thông bằng nhựa trong (không nên giữ lâu để dẫn lưu, chỉ dùng để lấy nước tiểu làm xét nghiệm).
- Ống thông bằng cao su mềm (thường khó đặt)

s://myhanoi.com.vn/

- Ống thông bằng nhựa cứng (tiện lợi để rửa bàng quang và rửa máu cục, nhưng làm người bệnh khó chịu).
- Ống thông có tráng silicon (để tránh làm viêm niệu đạo, tránh ứ đọng các chất muối, dễ dẫn lưu nước tiểu có máu).

Hoặc khác nhau về hình dáng:

- Ống thông thẳng
- Ống thông đầu ngóc cong (sonde à béquille) dùng cho người bệnh bị viêm tuyến tiền liệt.
- Đầu ống thông có thể hình tròn, hình bầu cục, cắt vát, cắt thẳng góc có lỗ ở đầu. Hai loại sau dễ gây chấn thương niệu đạo, khi dùng phải cẩn thận
- Ống thông có nhiều lỗ thủng dùng để dẫn lưu máu và máu cục thuận lợi.

Hoặc khác nhau về kích thước

Các ống thông dùng cho người lớn có cỡ từ 16 đến 20, nếu dẫn lưu máu ở bàng quang thì dùng cỡ to hơn. Trường hợp niệu đạo bị chít hẹp hay để tránh chít hẹp sau chấn thương thì dùng cỡ nhỏ hơn.

b. Các dụng cụ phụ

- Vải phủ có lỗ thủng, găng, gạc
- Thuốc sát khuẩn không kích thước (nước Dakin).
- Chất nhờn làm trơn ống thông
- Khay quả đậu để hứng nước tiểu, ống xét nghiệm đã khử khuẩn
- Lọ hoặc túi chứa nước tiểu
- Vải lót bằng nylon hay vải sơn.

2. Kỹ thuật thông đái

a. Ở phụ nữ:

- Bệnh nhân nằm ngửa, đùi dạng, đầu gối co lại
- Đặt vải sơn hoặc nylon lót xuống giường, đặt khay quả đậu hứng nước tiểu.
- Sát khuẩn âm hộ từ trên xuống dưới, sát khuẩn lỗ tiểu tiện

s://myhanoi.com.vn/

- Đưa ống thông vào nhẹ nhàng, mới đầu đưa lên phía trên, rồi hướng ra sau, đưa vào sâu độ 4cm đến khi thấy nước tiểu chảy ra thành dòng.

b. Ở nam giới:

- Bệnh nhân nằm ngửa, chân dạng, đầu gối không gấp
- Sát khuẩn dương vật và lỗ sáo. Đầu của niệu đạo thường vẫn có vi khuẩn, do đó nên lấy bơm tiêm bơm tia mạnh để rửa ở phía ngoài.
- Nâng thẳng góc dương vật, nhẹ nhàng đưa ống thông đã bôi trơn hướng về phía xương vệ rồi cho ống thông vào từ từ.
- Khi thấy hơi vướng thì chờ vài giây để cơ tròn ngoài của niệu đạo giãn ra.
- Hạ dương vật xuống ngang với thế bệnh nhân nằm rồi đưa dần ống thông đi qua cơ tròn trong của niệu đạo, nước tiểu sẽ chảy ra thành dòng.
- Nếu gặp trở ngại, đừng cố ấn, vì sợ đi chệch đường.

c. Dẫn lưu nước tiểu

- Nếu bàng quang căng, chỉ dẫn lưu 300ml nước tiểu, rồi kẹp ống thông lại, chờ mười phút lại mở kẹp dẫn lưu tiếp. Nếu dẫn lưu nhanh quá, bàng quang bị xẹp quá nhanh, có thể gây chảy máu.
- Không để ống dẫn lưu chảy liên tục mà nên kẹp lại, và mỗi ngày mở 3-5 lần để cho nước tiểu ra hết, rồi kẹp lại, làm như vậy mới tránh được bàng quang bị bé khi để ống thông lâu.
- Nếu muốn lấy nước tiểu để xét nghiệm, nên để nước tiểu chảy ra ngoài vài giây rồi mới hứng vào ống nghiệm.
- Trước khi rút bỏ ống thông phải kẹp đầu ống thông lại

3. Trường hợp muốn dẫn lưu bàng quang dài ngày

a. Phải buộc cố định để ống thông khỏi tụt

b. Ống thông phải được nối thẳng vào túi nylon hay lọ chứa nước tiểu đã khử khuẩn và kín. Túi hay lọ chứa nước tiểu phải đặt thấp hơn bệnh nhân 30-40cm.

s://myhanoi.com.vn/

c. Nếu bệnh nhân phải nằm từ ba đến năm ngày thì phải thay ống thông; nếu bệnh nhân đi lại được thì mười đến mười lăm ngày mới phải thay ống thông.

d. Khi muốn rút bỏ ống thông phải rửa bàng quang bằng thuốc sát khuẩn hay huyết thanh mặn, sau đó bơm độ 100ml thuốc sát khuẩn vào trong bàng quang để cho lần tự đái đầu tiên được dễ dàng. Kẹp ống thông rồi mới rút bỏ ống thông.

III. CHỌC DẪN LƯU BÀNG QUANG TRÊN VỆ XƯƠNG

1. Chỉ định

Khi bàng quang căng, bí đái. Chỉ thực hiện khi không đặt ống thông qua niệu đạo được và không có điều kiện mổ dẫn lưu bàng quang và phải chuyển ngay về tuyến sau.

2. Chống chỉ định

Trong trường hợp có máu cục lẫn trong nước tiểu, nước tiểu nhiễm khuẩn có thể tràn vào khoang Retzius.

3. Dụng cụ

- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc tê
- Khay đã khử khuẩn có khăn vải mổ, bơm và kim tiêm thuốc tê, gạc, ống chọc, ống dẫn lưu nhỏ có nhiều lỗ ngang, dao, kéo, chỉ. Ngày nay có ống đủ các cỡ có sẵn kim, chọc rồi rút kim ra (Cystocatheter).

4. Kỹ thuật chọc dẫn lưu

- Cạo sạch lông trên xương vệ. Kiểm tra khối bàng quang căng.
- Lấy mốc ở bờ trên xương vệ đường giữa bụng
- Bôi thuốc sát khuẩn, đặt vải mổ có lỗ, đi găng
- Tiêm thuốc tê ở điểm mốc, dùng dao rạch da để đặt ống chọc vào được dễ dàng.

s://myhanoi.com.vn/

- Đâm ống chọc vào thẳng góc với thành bụng, sát bờ trên xương vệ
- Rút nòng thông của ống chọc rồi luồn ống dẫn lưu vào.
- Rút bỏ ống chọc, đính ống dẫn lưu vào da, nối ống dẫn lưu vào lọ hoặc túi đựng nước tiểu.

IV. MỔ DẪN LƯU BÀNG QUANG TRÊN XƯƠNG VỆ

1. Chỉ định

a. Các trường hợp bí đái mà không đặt ống thông bàng quang qua niệu đạo được (giập niệu đạo, u tuyến tiền liệt).

b. Có nhiều máu cục trong bàng quang

c. Phải dẫn lưu dài ngày trong trường hợp liệt tuỷ sống, mà không có điều kiện đảm bảo vô khuẩn nếu đặt ống thông bàng quang niệu đạo.

2. Kỹ thuật mổ

- Gây mê hoặc gây tê
- Rạch đường giữa dưới rốn dài độ 4-5cm, khoảng giữa rốn và bờ trên xương vệ
- Rạch các tổ chức dưới da, cân và cơ thẳng to, dùng banh tách cơ và cân ra hai bên.
- Lấy gạc ướt, tách màng bụng ra khỏi bàng quang. Nếu bàng quang căng thì dễ thấy ở ngay bờ trên xương vệ, nếu bàng quang không chứa nước tiểu thì thường tụt xuống phía sau xương vệ.
- Lấy hai kẹp có răng móc nâng thành bàng quang lên
- Khâu vòng thắt miệng túi, lấy sâu vào lớp cơ, nhưng không qua lớp niêm mạc bàng quang.
- Chích thủng thành bàng quang ở giữa vòng khâu thắt miệng túi. Chuẩn bị sẵn máy hút nước tiểu. Trường hợp bàng quang bị vỡ chỉ khâu đóng vết rách, dẫn lưu ở đường rạch khác trên đỉnh.
- Lấy kẹp Kocher luồn một ống Petzer vào bàng quang

s://myhanoi.com.vn/

- Thắt chỉ khâu vòng túi. Tăng cường thêm một vòng túi nữa nếu cần.
- Khâu đóng thành bụng. Cố định ống dẫn lưu vào da.

3. Săn sóc sau mổ

- Dẫn lưu nước tiểu vào lọ vô khuẩn đặt thấp hơn bệnh nhân
- Hàng ngày rửa bàng quang bằng nước sát khuẩn

4. Chọn phương pháp dẫn lưu bàng quang trên xương vệ hay mổ dẫn lưu bàng quang

Ngày nay ở một số nơi có điều kiện và dụng cụ, người ta chủ trương không mổ dẫn lưu bàng quang nữa, mà chỉ chọc dẫn lưu bàng quang trên xương vệ trong trường hợp cấp cứu.

Dụng cụ gồm:

a. Ống trôca bằng nhựa cứng (số 12,14 và 16) đầu có bóng có thể tích 5cm^3, có thể bơm phồng để chít vào mặt trong bàng quang, không cho nước tiểu rỉ ra.

Được sử dụng trong trường phải dẫn lưu bàng quang lâu ngày, sau 3 tuần lễ có thể rút bỏ ống trôca và đặt một ống dẫn lưu có bóng (Fooley) vào thay.

b. Ống thông bằng nhựa trong gồm những bộ phận: một ống trôca bằng sắt, một ống thông có tráng thuốc chống đông máu (silicon), một ống khoá để có thể rửa bàng quang, nhựa dán để giữ ống trên mặt da.

Nếu không có phương tiện thì nên mổ dẫn lưu bàng quang.

SỐC

I. ĐẠI CƯƠNG

Sốc là trạng thái bệnh lý gây nên bởi lưu lượng máu bị hạ thấp kéo dài làm tổn thương các phủ tạng và đe doạ tính mạng của bệnh nhân.

s://myhanoi.com.vn/

Sốc gây thiếu oxy trong các tế bào, do tuần hoàn trong các mao mạch bị rối loạn, co thắt các cơ tròn trước và sau mao mạch, dẫn đến đông máu rải rác trong lòng các mao mạch, gây nên những tổn thương không hồi phục ở các tạng phủ như thận, gan, ruột, tuỵ, v.v..

II. NGUYÊN NHÂN

- Sốc chấn thương
- Sốc chảy máu
- Sốc do mất nước trong cơ thể: bỏng, ỉa chảy, nôn nhiều
- Sốc tim: nhồi máu cơ tim, viêm màng ngoài tim gây chèn ép, tắc động mạch phổi.
- Sốc nhiễm khuẩn
- Sốc dị ứng: các huyết thanh trị bệnh lấy từ huyết thanh súc vật, một số kháng sinh.
- Sốc thần kinh: chấn thương sọ não, giập tủy sống, sốc do mổ, gây mê, các thuốc ngủ, an thần.
- Sốc nội tiết: thiểu năng thượng thận, bệnh đái tháo đường.

III. TRIỆU CHỨNG

A. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Mặt xanh xám, toát mồ hôi, bàn tay bàn chân lạnh, xanh

2. Mạch cổ tay nhanh, nhỏ, có khi không bắt được, nhưng mạch đều, mạch cổ vẫn bắt được

3. Huyết áp thấp dưới 70mmHg, khoảng cách giữa tối đa và tối thiểu hẹp. Nhưng cần chú ý:

- Huyết áp lấy bằng máy đo không chính xác do co thắt của mạch ngoại biên, huyết áp tối thiểu thường khó lấy, những người bị huyết áp cao nếu xuống 100mmHg đã là bị tụt huyết áp.
- Do thích ứng của cơ thể nên huyết áp còn duy trì được một thời gian, tụt huyết áp đã là một dấu hiệu quá chậm để quyết định điều trị.
- Đo huyết áp từ trong lòng động mạch chính xác hơn máy đo.

s://myhanoi.com.vn/

4. Huyết áp tĩnh mạch trung ương đo ở tâm nhĩ phải, bình thường là 8-10cm H_2O. Nếu là sốc do giảm khối lượng máu trong cơ thể, huyết áp tĩnh mạch trung ương xuống tới 0 hoặc 3cm H_2O nếu là sốc tim, huyết áp tĩnh mạch trung ương cao trên 10cm H_2O.

5. Lượng nước tiểu hàng giờ qua ống dẫn lưu bàng quang. Nếu mỗi giờ đái được 20-30ml là triển vọng tốt, nếu nước tiểu ít trong 6 giờ liền thì triển vọng xấu.

B. CÁC XÉT NGHIỆM

- Số lượng hồng cầu, bạch cầu, hematocrit
- Đường huyết, urê huyết tăng
- Các chất điện giải: Na^+ bình thường, K^+ tăng vì từ trong tế bào chuyển ra. Nếu có điều kiện, cần thử:
- pH máu để phát hiện tình trạng toan do chuyển hoá
- Các khí ở trong máu: O_2, CO_2.
- Các xét nghiệm đông máu
- Cấy vi khuẩn máu nếu có tình trạng nhiễm khuẩn

IV. ĐIỀU TRỊ

A. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị sớm: không chờ tụt huyết áp mà cần ước đoán trên những tổn thương gây sốc (giập nát các chi, bỏng nặng, mất máu) và dựa vào các dấu hiệu lâm sàng.

2. Điều trị liên tục đến khi hết các dấu hiệu của sốc, không để gián đoạn, ngay cả trong khi di chuyển bệnh nhân.

3. Tiêm truyền các chất dịch vào tĩnh mạch

B. ĐIỀU TRỊ KHI VÀO BỆNH VIỆN

- Đặt một máy đo huyết áp ở tay
- Lấy nhiệt độ ở hậu môn
- Đặt một ống thông nước tiểu vào bàng quang
- Cho thở oxy bằng một ống đặt qua mũi

s://myhanoi.com.vn/

- Đặt một ống thông đo huyết áp tĩnh mạch trung ương
- Đặt máy đo điện tim nếu có sẵn.

C. CÁCH ĐIỀU TRỊ SỐC

1. Căn bản phải tiêm truyền dịch

a. Tiêm truyền dịch để nâng huyết áp động mạch trở lại bình thường và nước tiểu bài tiết được 20-30ml mỗi giờ, cho đến khi huyết áp tĩnh mạch trung ương lên tới 12 hay 15cm H_2O thì ngừng.

b. Truyền máu có pha thêm Ca 1g cho 1 lít máu, nếu là sốc mất máu.

- Các dung dịch có trọng lượng nguyên tử cao (huyết tương, dextran) nên dùng hạn chế.
- Các huyết thanh mặn và ngọt
- Để chống toan chuyển hoá, cho truyền T.H.A.M, hoặc huyết thanh có pha 14% bicarbonat natri.

2. Các thuốc co giãn mạch

a. Ở các chuyên khoa: trong trường hợp sốc có huyết áp tĩnh mạch trung ương cao mà không chịu đựng được isoprenalin (isuprel), thì có thể cho chất nội tiết của tuỵ (glucagon) 0,010-0,080g pha trong 500ml huyết thanh ngọt 10% hay 15%, mỗi giờ cho 2mg, vì nếu dùng các huyết thanh như thường lệ dễ gây phù phổi cấp.

b. Không nên dùng noradrenalin (α recepteur) ở giai đoạn đầu của sốc (giai đoạn tiết adrenalin) và các mạch đã bị co thắt: mà nên sử dụng isoprenalin (β stimulant), hoặc dopamin, hoặc dobutamin, để làm giãn mạch ngoại biên. Nhưng ở giai đoạn muộn của sốc (giai đoạn cholinergique gây giãn mạch) sau khi đã dùng isoprenalin hay metaraminol (aramin) thì cần chú ý là các thuốc này có thể gây vô niệu nếu chưa truyền dịch đầy đủ.

3. Các thuốc khác

a. Heparin: 3 đến 5mg/kg/24 giờ, sử dụng trong trường hợp nhồi máu cơ tim, hoặc có đông máu rải rác trong lòng động mạch.

s://myhanoi.com.vn/

b. Hemisucinat hydrocortison: 1-2g/24 giờ trước khi truyền dịch, tiêm truyền cùng lúc với isuprel cho những bệnh nhân có co thắt tuần hoàn ngoại vi. Đề phòng loét chảy máu đường tiêu hoá.

c. Oxy: có khi phải cho qua ống nội khí quản hay máy thở.

d. Trong sốc nhiễm khuẩn gram (-): cho kháng sinh gentamycin + cephalosporin, rồi điều chỉnh loại kháng sinh thích hợp dựa theo kháng sinh đồ.

e. Trong sốc do dị ứng: tiêm dưới da 0,5ml adrenalin 1/1000, hoặc tiêm thuốc chống histamin + 0,050 hydrocortison, hoặc 2-4 g acid amini-caproic (hemocaprol).

HỒI SỨC TIM NGỪNG ĐẬP

I. ĐỊNH NGHĨA

Hồi sức tim ngừng đập là làm tim đập lại để phục hồi tuần hoàn bằng tay, máy móc và thuốc, rồi tiếp sau đó tìm hiểu nguyên nhân ngừng tim để áp dụng một phương pháp điều trị hợp lý.

II. ÉP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC: PHƯƠNG PHÁP KOWENHOVEN

1. Nguyên tắc

a. Ép tim ngoài lồng ngực là dùng 2 bàn tay nhịp nhàng đè ép tim giữa xương ức và cột sống

b. Khi ép, tâm thất đẩy máu vào động mạch chủ, sau đó khi tâm trương thì máu tràn vào đầy tâm thất.

c. Ép tim ngoài lồng ngực là tạm thời duy trì tuần hoàn tối thiểu ở não và động mạch vành, sau đó phải điều trị ngừng tim-tuần hoàn triệt để hơn.

2. Kỹ thuật ép tim ngoài lồng ngực

a. Khi không sờ thấy mạch ở cổ và bẹn phải coi là ngừng tim, phải tiến hành ép tim ngay, vì để quá 3 phút tế bào não không phục hồi lại được.

s://myhanoi.com.vn/

b. Ở người lớn:

- Đặt bệnh nhân nằm ngửa trên bàn hay ván cứng
- Người ép tim đặt lòng bàn tay phải lên phần nửa dưới xương ức, bàn tay trái đè chéo góc lên bàn tay phải.
- Đè mạnh lên ngực bệnh nhân cho xương ức xẹp xuống độ 3-4cm, đè nhịp nhàng 60 lần/phút, cho đến khi nào tim đập lại mới thôi.

c. Ở trẻ nhỏ, trẻ sơ sinh:

- Lòng bàn tay ôm lấy ngực đứa bé, hai ngón tay cái chạm nhau trên xương ức.
- Ấn mạnh hai ngón tay cái làm ép xương ức xuống độ 15-25mm, ép nhịp nhàng 100 lần/phút cho đến khi tim đập lại mới thôi.

d. Đồng thời phải làm hô hấp nhân tạo: hà hơi thổi ngạt qua mồm hoặc mũi

e. Ép tim ngoài lồng ngực có tác dụng nếu thấy:

- Mỗi lần đè ngực thấy mạch ở cổ hay ở bẹn đập
- Da hồng trở lại
- Đồng tử đang giãn co hẹp dần lại
- Tri giác trở lại

Nếu không kết quả phải mở lồng ngực để bóp tim

III. MỞ LỒNG NGỰC ĐỂ BÓP TIM

Tiến hành ở trên bàn mổ

1. Phục hồi hô hấp

a. Đặt ngay ống nội khí quản: không cần cho thuốc mê, thuốc giãn cơ

b. Làm hô hấp nhân tạo, hoặc bóp bóng cho thở oxy 100%, mỗi phút 16 lần.

2. Bóp tim

a. Không cần bôi thuốc sát khuẩn hoặc trải khăn mổ mà cần tranh thủ thời gian.

s://myhanoi.com.vn/

b. Rạch mở lồng ngực ở gian sườn 4-5 (ở dưới vú). Đi sát bờ trên xương sườn 5 để tránh bó mạch thần kinh nằm sát dưới bờ xương sườn 4. Đặt banh ngực.

c. Mở dọc màng tim, cách xa dây thần kinh hoành 2cm.

d. Nắm tim trong lòng bàn tay, bóp mạnh nhịp nhàng 16 lần/phút

e. Truyền 250ml máu vào động mạch. Tiếp tục truyền máu và huyết thanh vào tĩnh mạch. Truyền 200ml huyết thanh kiềm (bicarbonat Na 3%) để tránh toan huyết.

f. Nếu khi bóp thấy tim nhão thì tiêm thẳng vào thất trái 1mg noradrenalin, 1g calci chlorur.

g. Nếu tim bị rung, các thớ cơ co bóp loạn xạ trên mặt tim thì xử trí như sau:

- Tiêm 1mg noradrenalin + 3ml novocain 1%
- Tiếp tục bóp tim cho đến khi bóp tim thấy cứng, cơ tim co bóp trở lại.
- Chống rung tim bằng điện 10-20 Joules (tùy theo cân nặng), đặt hai điện cực vào hai mặt của thất, bấm điện tim sẽ giật mạnh.

Khi bấm điện mọi người phải đứng xa khỏi bệnh nhân và bàn mổ.

Nếu không có máy chống rung tim, thì đổ nước ấm vào ổ ngực và tiếp tục bóp tim.

h. Sau khi tim đập đều trở lại:

- Khâu đóng màng tim, để lại một lỗ nhỏ ở phần trên để thoát dịch.
- Dẫn lưu kín khoang màng phổi
- Khâu đóng thành ngực
- Sát khuẩn vết mổ và mặt da thành ngực.

IV. CÁC THUỐC DÙNG HỖ TRỢ SAU KHI TIM ĐẬP LẠI

1. Corticoid: 0,5 đến 3g/24 giờ

2. Thuốc lợi tiểu: furosemid, manitol 10%

3. Calci chlorur hay gluconat, nếu kali giảm thì không dùng

4. Thuốc chống toan: dung dịch bicarbonat 14% hoặc T.H.A.M (trisaminol) 36%

5. Hô hấp hỗ trợ oxy 100%

s://myhanoi.com.vn/

HỒI SỨC HÔ HẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

Hồi sức hô hấp có mục đích mang lại oxy cho bệnh nhân đang bị ngừng thở hay suy thở nặng, để chống tình trạng thiếu oxy của các tế bào (làm não bị huỷ hoại sau 3 phút), và thải CO_2 để chống tình trạng ưu thán (gây tình trạng toan hô hấp).

II. KỸ THUẬT HỒI SỨC HÔ HẤP

1. Những động tác đơn giản cần làm ngay

a. Đặt bệnh nhân nằm nghiêng, lau sạch đờm dãi trong miệng và họng bằng một miếng gạc, hoặc cho một ống thông cao su vào mồm hoặc mũi để hút đờm dãi.

b. Lấy dị vật trong họng (nếu có)

- Với trẻ sơ sinh: nắm hai chân dốc ngược, vỗ mạnh vào lưng
- Với trẻ nhỏ hoặc người lớn: đặt nằm sấp, đầu thấp, vỗ mạnh vào lưng.

c. Tránh không để lưỡi tụt vào họng: tìm nguyên nhân gây cản trở đường hô hấp trên khi bệnh nhân nằm ngửa.

- Đặt đầu ưỡn ngửa
- Đẩy hàm dưới ra trước và lên cao bằng cách:
  + Ấn vào ngành lên của xương hàm dưới để đẩy xương hàm dưới ra trước.
  + Cho ngón tay cái vào trong mồm rồi kéo mạnh hàm dưới ra phía trước.
- Nếu có canuyn Mayo thì đặt vào miệng bệnh nhân sẽ làm đường hô hấp trên được lưu thông.

d. Cho thở oxy: tốt nhất là bằng ống thông đặt qua mũi.

- Nếu bệnh nhân bị suy tim: cho thở oxy tối đa là 10-12 lít/phút.

s://myhanoi.com.vn/

– Nếu bệnh nhân bị suy hô hấp mạn tính đang ở trong tình trạng ưu thán: cho thở oxy tối đa là 2 lít/phút.

e. Nếu bệnh nhân tỉnh, hướng dẫn cho bệnh nhân ho và khạc đờm. Nếu mê man thì vỗ và đấm nhẹ vào lồng ngực.

2. Nếu ngừng thở và tím tái hoặc thở khó, phải làm hô hấp nhân tạo ngay.

a. Đơn giản nhất là hà hơi thổi ngạt qua mồm hoặc qua mũi

• Ở người lớn

– Đặt bệnh nhân nằm ngửa, đầu thấp, vai có độn, giữ cho lưỡi khỏi tụt vào (đầu ưỡn ngửa, hàm dưới đẩy trồi ra phía trước).

– Người làm hô hấp quỳ ở cạnh đầu bệnh nhân.

– Hít một hơi dài rồi úp miệng vào miệng bệnh nhân và hà hơi thổi mạnh, trong khi má để vào mũi bệnh nhân để hơi khỏi thoát ra đằng mũi.

– Ngửng lên để cho bệnh nhân tự thở ra.

– Hà hơi theo nhịp 12-15 lần/phút cho đến khi bệnh nhân tự thở.

– Có thể vừa hà hơi thổi ngạt vừa bóp tim ngoài lồng ngực nếu đồng thời bị ngừng tim.

– Hà hơi thổi ngạt qua mũi áp dụng khi bệnh nhân bị cứng hàm, co giật hoặc nôn.

+ Đặt bệnh nhân nằm ngửa hay nằm nghiêng, người thổi ngạt một tay tì vào đỉnh đầu, một tay nâng cằm lên để khép miệng.

+ Hít một hơi dài rồi thở vào mũi bệnh nhân, sau đó hé mồm bệnh nhân để hơi thở thoát ra dễ dàng qua mũi và mồm.

• Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ

– Hà hơi qua mồm và qua mũi

– Nhịp 20 lần/phút nhưng hà ít hơi hơn người lớn

(Các phương pháp hô hấp nhân tạo kinh điển (Schaeffer, Sylvester) kém tác dụng hơn hà hơi thổi ngạt.

s://myhanoi.com.vn/

Hà hơi không kết quả nếu bị tắc đờm dãi, lưỡi tụt, hà ít hơi quá.

Nếu người bệnh nôn hay nước dịch dạ dày trào lên mồm, phải đặt đầu nghiêng sang bên để khỏi trào vào khí quản.

b. Dùng các phương tiện thở điều khiển bằng tay:

- Bóng cấp cứu có một túi xếp để bóp hơi qua mặt nạ, có van để hơi thở thoát ra ngoài, có thể lắp thêm bình oxy.
- Bóng ambu có mặt nạ, van, để khí vào và thoát ra, và quả bóng bầu dục trong có cao su mút, sau mỗi lần bóp tự nở ra để chứa khí trời, có thể lắp thêm bình oxy.

c. Các máy thở phức tạp điều khiển bằng điện hay bằng oxy, phải đặt qua ống nội khí quản, có thể điều chỉnh lưu lượng oxy, áp lực và nhịp thở.

- Phải làm ẩm oxy.
- Các ống nội khí quản có bóng ở đầu tránh được chất dịch dạ dày trào vào khí quản, nhưng dễ làm loét niêm mạc khí quản, không nên bơm phồng bóng căng quá, và cứ 3 giờ phải làm xẹp bóng trong vài phút.
- Bệnh nhân thở máy phải được theo dõi kỹ:
  + Da phải hồng, không tím tái, không có mồ hôi (đề phòng ưu thán).
  + Cả hai bên lồng ngực phải phồng lên và xẹp xuống đều nhau; tiếng rì rào phế nang nghe rõ ở cả hai bên phổi (đề phòng ống nội khí quản tụt quá sâu vào một bên phế quản).
  + Theo dõi mạch, nhịp tim, huyết áp. Nếu tim đập nhanh, huyết áp tăng cao, phải đề phòng ưu thán.

d. Chú ý: nếu bệnh nhân bị tràn khí màng phổi, thì trước khi dùng máy thở phải dẫn lưu khoang màng phổi, nếu không sẽ nguy hiểm; dẫn lưu hơi qua gian sườn 2 phía trước ngực; dẫn lưu dịch qua liên sườn 6 trên đường nách giữa bằng một ống nhựa được nối vào một lọ kín.

III. CÁC THUỐC HỖ TRỢ HÔ HẤP

1. Kháng sinh để tránh nhiễm khuẩn đường hô hấp
2. Thuốc làm loãng và long đờm: anpha chymotrypsin.

s://myhanoi.com.vn/

3. Thuốc kích thích hô hấp: niketamid: 2-4ml tiêm tĩnh mạch hoặc lobelin 1ml + cafein (1%) 1ml tiêm bắp thịt.

4. Thuốc chống tình trạng toan hô hấp do ưu thán: dung dịch bicarbonat Na 14‰ hoặc T.H.A.M 36‰.

THỞ OXY

I. ĐẠI CƯƠNG

Oxy rất cần cho cuộc sống

Oxy nặng hơn không khí

Oxy được cung cấp dưới hai dạng:

- Dạng hơi: hơi nén trong các bình hợp kim dày dưới áp suất 150-200bar.
- Dạng nước: làm lạnh oxy tới -160^0 dưới áp suất 10 bar; gọn nhẹ, không cần bình chứa bằng hợp kim dày và nặng.

(1 bar = 1atmophe = 760 mmHg: sức nặng của một cột thuỷ ngân có đáy 1cm^2 và cao 76cm).

Oxy cần cho sự đốt cháy; tuyệt đối không bôi mỡ hoặc các chất nhờn vào miệng bình oxy vì chất mỡ hoặc nhờn sẽ bị cháy gây nổ nguy hiểm.

II. OXY VÀ ACID CARBONIC (CO_2) TRONG CƠ THỂ

1. Oxy cần cho hô hấp của các tế bào, được chuyên chở bởi hemoglobin trong máu.

a. Oxy trong máu động mạch: 0,30ml trong 100ml huyết tương, áp lực PaO_2 = 80-115mmHg.

b. Oxy trong máu tĩnh mạch: 0,13ml trong 100ml huyết tương, áp lực PvO_2 = 35-40mmHg.

2. Acid carbonic

Là chất thải của các tế bào hô hấp, được hoà trong huyết tương, hoặc kết hợp thành bicarbonat trong máu.

s://myhanoi.com.vn/

a. CO_2 trong máu động mạch: 2,5ml trong 100ml huyết tương, áp lực trong động mạch ngoại vi: $PaCO_2$ = 38-42mmHg.

b. CO_2 trong máu tĩnh mạch: 2,8-3ml trong 100ml huyết tương, áp lực trong động mạch ngoại vi: $PaCO_2$ = 44-48mmHg.

III. CHỈ ĐỊNH CHO THỞ OXY

Cho thở oxy trong các trường hợp bị thiếu oxy trong cơ thể.

1. Trong các trường hợp bị sốc

Sốc chấn thương, sốc mất máu, sốc nhiễm khuẩn, sốc do suy tim.

2. Trong các bệnh tim

Trong trường hợp suy tim, lưu lượng máu trong cơ thể giảm đi. Cho thở oxy liều thấp: 1,5-3l một phút.

3. Trong trường hợp ngộ độc bởi oxyt carbon

Có khi phải cho thở oxy áp lực cao hơn 760mmHg mới đủ để tách oxy carbon ra khỏi hemoglobin.

4. Suy thở

- Suy thở là biểu hiện thiếu oxy
- Có kèm theo ưu thán
- Hoặc không kèm theo ưu thán

a. Thở oxy liều cao: 4,5 lít một phút trong trường hợp xơ cứng phổi. Trường hợp tắc động mạch phổi, viêm phổi nặng có thể cho thở tới 10 lít một phút trong vài giờ.

b. Thở oxy liều thấp: viêm phế quản mạn tính, giãn phế nang phổi. Trong trường hợp này nếu cho thở oxy liều cao và đột ngột có thể gây nguy hiểm, các bệnh nhân này luôn luôn bị ưu thán, các trung tâm hô hấp không được kích thích bởi CO_2 nữa mà bởi thiếu oxy. Nếu cho oxy liều cao và đột ngột sẽ làm ức chế trung tâm hô hấp làm ngừng thở hoàn toàn, đi vào hôn mê do ưu thán.

Thở oxy vẫn cần thiết nhưng chỉ cho liều thấp 1 đến 1,5 lít một phút (tối đa 2-3 lít một phút) và phải theo dõi cẩn thận.

s://myhanoi.com.vn/

c. *Cho thở oxy liên tục hay gián đoạn:* cho thở oxy gián đoạn giảm bớt nguy cơ ức chế hô hấp và tránh được hôn mê do ưu thán.

IV. CÁCH CHO THỞ OXY

Muốn cho thở oxy bằng dụng cụ nào cũng phải đảm bảo có đồng hồ đo áp suất, đồng hồ đo lưu lượng, bộ phận làm ẩm oxy.

1. Ống thở oxy đặt qua mũi

Đây là dụng cụ thông thường và tiện lợi nhất: vừa thở khí trời đồng thời vừa thở oxy.

a. Tiện lợi:

- Bệnh nhân không hít phải hơi đã thở ra.
- Có thể cung cấp cho cơ thể 30 đến 40 phần trăm oxy qua ống thở, nếu cho 3 lít một phút.

b. Bất tiện:

- Bệnh nhân khó chịu
- Không dùng cho trẻ em mới đẻ vì dễ gây tổn thương ở mũi

2. Mặt nạ oxy

Phải dùng tới 10-15 lít một phút

Bệnh nhân hít lại hơi mình đã thở ra, vì vậy nên dùng loại mặt nạ có van thở ra.

3. Liều oxy

Thường dùng cho trẻ em

Trong lều thường có độ nóng cao, cần làm ẩm và làm lạnh lều.

Để khắc phục bất tiện này, người ta dùng cho trẻ con chụp Hood, chụp riêng đầu, nhờ vậy có thể chăm sóc trên cơ thể dễ dàng, nhưng việc sử dụng phức tạp.

4. Các máy thở

Trong trường hợp bệnh nhân bị suy hô hấp, phải bóp bóng cho thở hoặc dùng máy thở.

s://myhanoi.com.vn/

V. CÁCH THEO DÕI

1. Theo dõi các dụngcụ

- Kiểm tra áp kế
- Kiểm tra sự ổn định của đồng hồ đo lưu lượng oxy.
- Kiểm tra bong bóng hơi thoát ra trong bộ phận làm ẩm oxy. Nếu các bong bóng hơi thoát ra liên tiếp nối nhau là tương đương với lưu lượng 1,5 lít/phút.
- Kiểm tra để các ống không bị tắc

2. Theo dõi bệnh nhân

Theo dõi nhịp và mức độ thở, mạch, sắc mặt và môi, mồ hôi, tụt lưỡi.

Phải đề phòng ngừng hô hấp

VI. TAI BIẾN

- Xẹp phổi do oxy hít vào không đủ ẩm, làm khô các chất tiết và bít khí quản.
- Đề phòng cháy.

ĐO ÁP LỰC TĨNH MẠCH TRUNG ƯƠNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Áp lực tĩnh mạch trung ương là áp lực đo ở tâm nhĩ phải, hoặc ở tĩnh mạch chủ trên.

II. KỸ THUẬT ĐO ÁP LỰC TĨNH MẠCH TRUNG ƯƠNG

1. Đồ dùng

- Một cột áp kế nước bằng thuỷ tinh
- Một ống thông tĩnh mạch có đường kính 1,5-2mm.

s://myhanoi.com.vn/

2. Đường vào tâm nhĩ phải

- Đi từ tĩnh mạch đùi ở bẹn: ống thông phải dài 75 cm.
- Đi từ tĩnh mạch nền ở phía trong của khuỷu tay: ống thông dài 50cm.
- Đi từ tĩnh mạch cổ tay hay tĩnh mạch dưới đòn: ống thông dài 20cm (nên dùng đường này).

3. Kỹ thuật đo áp lực tĩnh mạch trung ương

a. Cột áp kế phải đặt ở cao, trên xương ức 4cm hoặc cách mặt giường 10cm, phải kiểm tra trước mỗi lần đọc.

b. Khi luồn ống thông vào tới tĩnh mạch chủ hoặc tâm nhĩ phải, dùng bơm tiêm hút thử, máu tĩnh mạch phải trào vào bơm tiêm dễ dàng (đề phòng ống thông bị tắc, hoặc bị chít vào thành tĩnh mạch).

c. Nếu luồn ống sâu vào tâm thất phải, sẽ thấy cột nước trong áp kế trên lên xuống theo nhịp đập của tim và áp lực lên cao quá phải rút lui ống lại ngay vì sợ gây rối loạn nhịp tim.

III. PHÂN TÍCH GIÁ TRỊ CỦA ÁP LỰC TĨNH MẠCH TRUNG ƯƠNG

1. Bình thường

Áp lực tĩnh mạch trung ương bình thường = 8cm nước.

2. Trường hợp bệnh lý

a. Trong sốc chấn thương, sốc chảy máu, sốc nhiễm khuẩn (kể cả sốc tim), nếu áp lực tĩnh mạch trung ương xuống thấp 0-3cm nước, là khối lượng tuần hoàn bị giảm, cần phải truyền tĩnh mạch.

Khi truyền dịch phải theo dõi. Nếu thấy áp lực tĩnh mạch trung ương cao vọt nhanh trên 10cm, cần đề phòng suy tim phải, hoặc suy tim toàn bộ, phải truyền dịch chậm lại hoặc ngừng hẳn.

b. Trong trường hợp bệnh nhân vô niệu sau khi mổ, bị sốc, nhiễm khuẩn huyết mà thấy:

- Áp lực tĩnh mạch trung ương thấp
- Urê trong nước tiểu > 10g/l

s://myhanoi.com.vn/

$$-\ \frac{Na}{K} > 1$$

là thiểu năng thận do khối lượng tuần hoàn bị giảm (cần truyền dịch).

c. Nếu áp lực tĩnh mạch trung ương cao trong trường hợp suy thở cấp tính, hẹp van hai lá, nhồi máu cơ tim gây sốc tim, thì không được truyền các chất dịch, mà phải dùng thuốc lợi tiểu (như lasilix).

TRUYỀN MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

Máu chiếm 1/13 đến 1/15 trọng lượng cơ thể. Máu rất cần cho cơ thể vì mang những chất nuôi dưỡng các tế bào và chuyển chất thải đến các bộ phận bài tiết. Máu còn cần thiết để duy trì huyết áp và chuyên chở các chất nội tiết và các men.

Mỗi thành phần cấu tạo của máu có một chức năng riêng:

- Hồng cầu chuyên chở oxy
- Bạch cầu giữ vai trò bảo vệ
- Tiểu cầu làm cầm máu
- Các chất protein trong huyết tương duy trì áp lực thẩm thấu giúp cho việc trao đổi trong các mô.
- Chất globulin bảo vệ miễn dịch
- Các yếu tố đông máu trong huyết tương

II. CHỈ ĐỊNH TRUYỀN MÁU

- Trong sốc mất máu, sốc chấn thương
- Trước khi mổ để nâng thể trạng bệnh nhân bị thiếu máu.
- Trong và sau khi mổ để bồi phụ lượng máu đã mất.

s://myhanoi.com.vn/

Một người mất 250ml máu, hemoglobin trên 35% thì không nhất thiết phải truyền máu vì cơ thể có khả năng tự bồi phụ dễ dàng (có thể truyền huyết thanh thay thế).

III. KỸ THUẬT LẤY MÁU

1. Người cho máu

Nam và nữ từ 18 đến 55 tuổi, mạnh khoẻ, đều có thể cho máu.

2. Lấy máu

a. Người cho máu nằm trên giường

b. Đặt dây garô ở cánh tay

c. Dùng kim to 22/10 chọc vào một tĩnh mạch to ở khuỷu tay, một đầu kim có ống nhựa nối với lọ kín có đựng dung dịch ACD để hứng máu. Lọ 500ml có 100ml ACD để lấy 400ml máu; lọ 250ml có 50ml ACD để lấy 200ml máu (ACD là viết tắt của acid acetic citrat natridextroza).

3. Lưu trữ máu

a. Máu tươi là máu dùng trong vòng 6 giờ sau khi lấy. Máu tươi có lợi là còn giữ được các yếu tố đông máu.

b. Máu lạnh là máu để trong tủ lạnh + 4°C, trong hai đến ba tuần lễ.

c. Máu đông khô là các hồng cầu được làm đông khô nhanh bằng nitrogen thể nước, hoặc làm đông lạnh -70°C, khi dùng phải hoà trong một dung dịch sinh lý.

IV. KỸ THUẬT TRUYỀN MÁU

1. Nguyên tắc

Phải truyền loại máu thích hợp, không được truyền hồng cầu có kháng nguyên mà bệnh nhân có kháng thể tương ứng.

2. Các nhóm máu

a. Người có nhóm máu AB (không có kháng thể) có thể nhận máu nhóm AB, A,B hay O.

s://myhanoi.com.vn/

b. Người có nhóm máu A (có kháng thể chống B) chỉ nhận máu nhóm A hoặc O.

c. Người có nhóm máu B (có kháng thể chống A) chỉ nhận máu nhóm B hoặc O.

d. Người có nhóm máu O (có kháng thể chống A và chống B) chỉ nhận máu O. Nhóm máu O có thể truyền cho các nhóm máu khác. Tốt nhất là truyền máu đúng nhóm cho bệnh nhân, nếu truyền nhiều máu hoặc truyền nhiều lần máu nhóm O cho các người khác nhóm máu cũng có thể có tai biến, tuy hiếm gặp.

Nếu đã truyền máu nhóm O cho người có nhóm A hoặc B thì nên cứ tiếp tục truyền máu O, không nên chuyển sang nhóm máu A hoặc nhóm máu B.

Người Việt Nam đều có Rh+ nên không nhất thiết phải thử Rh. Nếu là người ngoại quốc thì phải thử Rh.

3. Theo dõi bệnh nhân được truyền máu

a. Khi lĩnh máu đúng nhóm ở phòng trữ máu về, trước khi truyền máu phải thử lại nhóm máu ngay tại giường bệnh hay tại bàn mổ.

b. Làm phản ứng chéo: trên miếng gạch men trắng và bóng hoặc trên miếng kính, hoà một giọt máu của bệnh nhân với một giọt máu lấy trong lọ, nếu không thấy máu bị ngưng kết mới được truyền.

c. Trong khi truyền máu phải theo dõi huyết áp động mạch và huyết áp tĩnh mạch trung ương để quyết định số lượng và tốc độ máu truyền. Trung bình truyền từ 300 đến 500ml trong một giờ, trừ khi bệnh nhân đang bị chảy máu khi mổ mới truyền nhanh.

d. Ngừng truyền máu nếu thấy bệnh nhân rét run, tụt huyết áp, tức ngực, chảy máu trên chỗ mổ.

e. Cứ truyền một lít máu thì phải tiêm thêm vào một tĩnh mạch khác 10ml gluconat calci để trung hoà citrat natri (nếu phải truyền máu nhiều và nhanh).

s://myhanoi.com.vn/

V. TAI BIẾN DO TRUYỀN MÁU

1. Truyền máu nhầm nhóm

a. Khi truyền máu khác nhóm, kháng thể trong máu của bệnh nhan sẽ phá vỡ hồng cầu của máu truyền.

b. Mới đầu bệnh nhân rét run, sốt cao, tức ngực, mặt ửng đỏ, lo sợ, rồi tụt huyết áp, mạch không đếm được, chảy máu (chảy máu khắp chỗ mổ). Thử nước tiểu thấy có hemoglobin.

c. Phải ngừng truyền máu. Cho truyền ngay 1 lít manitol 10% rồi truyền tiếp huyết thanh ngọt đẳng trương để phòng bệnh nhân bị vô niệu.

2. Truyền máu bị nhiễm khuẩn

a. Sốc do nhiễm khuẩn gram (-): do để lọ máu lâu ngoài tủ lạnh.

b. Bệnh nhân bị sốt cao, rét run, đau bụng, nôn và ỉa chảy, rồi tụt huyết áp.

c. Tiêm ngay 0,300 đến 0,500g hemisucinat hydrocortison. Nếu tụt huyết áp tiêm isoprenalin.

3. Các bệnh lây truyền do truyền máu

a. Viêm gan do virus

b. Giang mai

c. Sốt rét

d. Một số bệnh do virus khác, do vi khuẩn

e. AIDS

4. Tai biến do truyền máu quá nhiều, quá nhanh

Đối với các bệnh nhân có bệnh tim, phổi, thận khi truyền máu phải theo dõi cẩn thận huyết áp tĩnh mạch trung ương, theo dõi lượng nước tiểu.

s://myhanoi.com.vn/

Phần
SẢN PHỤ KHOA

Biên soạn: GS.NGUYỄN CẬN
GS. ĐINH THẾ MỸ

s://myhanoi.com.vn/

SẢN KHOA

NGÔI CHỎM

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngôi chỏm là ngôi đầu cúi, thường gặp nhất trong các ngôi ở thời kỳ chuyển dạ. Với ngôi chỏm 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. Tuỳ 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:

- Chỏm chậu trái trước 60%.
- Chỏm chậu phải sau 30%
- Chỏm chậu trái sau 6%
- Chỏm 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 mỏm vai của thai nhi.
- *Khám âm đạo:* thóp sau hình λ là điểm mốc của ngôi.

s://myhanoi.com.vn/

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 chi 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 mỏm 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. ĐỠ ĐẺ

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.

s://myhanoi.com.vn/

- Khi hạ chẩm 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 vệt rạn ở mép sau âm hộ thì nên cắt tầng sinh môn để tránh bị rách. Sau khi đầu sổ thì quay 90^0 để cho đường kính lưỡng vai dưới 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 nhớt, nhỏ mắt cho thai nhi bằng dung dịch clorocid 2%cc, 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 khóc
Thở	Không	Yếu	Mạnh và khóc to
Trương lực cơ	Nhẽo	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 5phút nói lên đáp ứng của thai với cuộc sống ngoài tử cung.
- Chỉ số Apgar 0 - 3 ở phút thứ 5 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.

s://myhanoi.com.vn/

- Với các ngôi kiểu sau (CCTS, CCPS) ngôi phải quay 135°, 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 cách 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 foócxép 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

s://myhanoi.com.vn/

- 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 trám, 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 đẻ 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 óc 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 hẳn 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.

s://myhanoi.com.vn/

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 ưỡn ngửa.

2. Trong khi chuyển dạ

- Sau khi vỡ ối, sờ thấy mặt, trán, hốc mắt, mũi, miệng và cằm. Tuỳ 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 ĐỠ ĐẺ

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 foócxép để lấy thai.

s://myhanoi.com.vn/

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 rộng
  + Khi chuyển dạ; sờ thấy mỏm vai, nách và các xương sườn của thai nhi.

Trong trường hợ chưa rõ ràng là một ngôi ngang hay ngôi chếch, 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 không có kết quả thì không nên tiếp tục ngoại xoay thai nữa.

s://myhanoi.com.vn/

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, tầng 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 buông 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 đẻ 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.

s://myhanoi.com.vn/

- Các khối u tiền đạo.
- Khung chậu hẹp, đẻ nhiều lần.

2. Do phần phụ

- Rau bám thấp
- Đa ối, thiểu ối
- Cuống rau ngắn.

3. Do thai

- Não úng thuỷ
- 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*: ổ 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 ĐẺ

- 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 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.

s://myhanoi.com.vn/

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 ĐẺ

- 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 ocytocin 5 đv pha vào 300ml glucose 5%, người thầy thuốc cần điều 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 thiệt 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 nằm sấp. nếu thai nhỏ thì kéo cho vùng hạ chẩm 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 chẩm và ấn để cho đầu thai nhi cúi, dùng hai ngón

s://myhanoi.com.vn/

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 chẩm 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 40 - 45 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 ocytocin cùng với 1/4mg atropin để giúp cho đầu sổ được dễ dàng.

CHỬA 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* $1/89^2$ *và sinh tư là* $1/89^3$ 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.

I. CHẨN ĐOÁN

- Dấu hiệu cần chú ý là chiều cao tử cung và vòng bụng quá lớn.

s://myhanoi.com.vn/

- 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 đạp 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 thai 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).

II. TIẾN TRIỂN

Trong khi có thai, có thể có những tiến triển sau:

1. Thai chết

Một hay nhiều thai có thể bị chết hay sẩy. Thai chết có thể tan hay khô đét lại.

2. Đẻ non

- Do tử cung căng quá mức
- Do nhiều nước ối
- Do diện rau rộng gây nên rau tiền đạo

3. Đa ối

(Cần chú ý phát hiện quái thai).

4. Nhiễm độc

Có thể gặp 1/5 số chửa nhiều thai.

5. Rối loạn cơ năng về phía người mẹ

Rối loạn tuần hoàn, nhịp thở, nhu động ruột, giãn khớp vệ, phù.

6. Trong thời kỳ chuyển dạ và khi đẻ

Có thể kéo dài và khó khăn hơn, do tử cung bị giãn quá nhiều, cơn co trở nên ít tác dụng.

s://myhanoi.com.vn/

- 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

III. TIÊN LƯỢNG

1. Về phía mẹ

Tỷ lệ tử vong thường tăng gấp 3 so với chửa một thai (do sốc vì chảy máu, sản giật, đẻ khó).

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...).

IV. XỬ TRÍ

Cần phát hiện sớm để tránh biến chứng khi có thai và các sang chấn khi đẻ.

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.

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 ocytocin 5đv QT.
- Nếu là ngôi ngang phải nội xoay ngay và lấy thai ra luôn.

s://myhanoi.com.vn/

- Sau khi các thai đã sổ, nên cho thuốc co hồi tử cung (ocytocin) để để 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 nên tiêm ergotin vào bắp để đề phòng đờ tử cung sau đẻ.

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 lão 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 hoá. Thai nhi có thể chết trước khi chuyển dạ trong thời kỳ chuyển dạ.

s://myhanoi.com.vn/

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 hoá 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 hoá, tìm điểm cốt hoá Beclard (ở đầu dưới xương đùi) và điểm Todt (đầu trên xương chày) nói lên thai ≥ 38 tuần. Điểm cốt hoá phía trên xương cánh tay nói lên thai 41 tuần.

4. Siêu âm

Để đo chiều dày bánh rau, tìm điểm cốt hoá, 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.

- Nên chỉ số ≤ 7: ối ít, nguy cơ thai già tháng cao, cần mổ lấy thai ngay.

s://myhanoi.com.vn/

- 7 ≤ 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 va 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 bẩn của phân xu.
  + 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

s://myhanoi.com.vn/

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 42, nếu nước ối giảm nhiều thì phải đình chỉ thai nghén ngay.
- 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 đờm 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.

s://myhanoi.com.vn/

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.

Nguy cơ nổi bật của suy thai là do sự giảm sút trao đổi chất chuyển hoá 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.

hanoi.com.vn/

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 vào 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).

2. Soi buồng ối

Qua lỗ tử cung có thể đặt một ống soi có nguồn sóng 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 hoá.

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

s://myhanoi.com.vn/

tức thời). Dùng siêu âm để đo đường kính lưỡng đỉnh của thai một cách thật chính xác (đến 1- 2 mm), 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 hoá bánh rau, giảm lượng nước ối (trong thai già tháng).

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 ocytocin: nghiệm pháp này nhằm mục đích đánh giá khả năng hô hấp của rau. Truyền nhỏ giọt tĩnh mạch dung dịch glucose 5% (500ml) pha với 2 đơn vị ocytocin. Lúc đầu 5 giọt/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 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.

s://myhanoi.com.vn/

- *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.

Nghiệm pháp này nhằm đánh giá sự suy rau và thai già tháng.

7. Định lượng HPL (hormone placentaire lactogene)

Đây là loại hormon bài tiết từ gai rau. Định lượng nó có thể đánh giá sự phát triển của rau.

- *Bình thường*: lượng HPL tăng dần với tuổi của thai, khi thai đủ tháng nó vào khoảng 7,4 ± 2,6mg/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, 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 hoá và tiền sừng. Từ tuần 33 - 36 số tế bào tiền sừng nhiều hơn số tế bào sừng hoá và sau tuần 37 số tế bào hai loại này bằng nhau.
- *Định lượng créatinin trong nước ối:* lượng créatinin 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.

s://myhanoi.com.vn/

Thai vô sọ, thoát vị não, màng não và tật nứt đột 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 tuỳ 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.

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 cơn co tử cung. Khi có cơn co tử cung thì sự trao đổi chuyển hoá giữa mẹ và con giảm đi, vì các mạch máu bị tắc nghẽn lại. Nếu cơn co có cường độ thấp (20 - 40mmHg)

s://myhanoi.com.vn/

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 50mmHg 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 hoá trung gian (acid lactic) cũng tăng lên, làm cho thai bị nhiễm toan chuyển hoá.

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 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

s://myhanoi.com.vn/

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 nhân 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 140lần/phút. Nếu nhịp tim thai trên 100 và dưới 120lần/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 xoá mở 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).

s://myhanoi.com.vn/

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 tuỳ 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 tường hợp nghi ối vỡ non, cổ tử cung chưa xoá mở.

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 xoá mở 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

s://myhanoi.com.vn/

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 rau 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.

s://myhanoi.com.vn/

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, sẩy 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).

s://myhanoi.com.vn/

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 phái 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 của quá trình thai nghén không phải lúc nào cũng theo đúng như dự đoán, song có hơn 2/3 số trường hợp thai đẻ ra chết hay có tổn thương đều gặp ở những trường hợp thai nghén có nguy cơ cao.

s://myhanoi.com.vn/

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.

s://myhanoi.com.vn/

- 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 ocytocin, 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 hoá 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 khoẻ 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*: tính cực điều trị bằng nội khoa là chủ yếu (theo nguyên nhân), mẻ bỏ thuốc lá, rượu, chế độ ăn nhiều protein (> 80g/ngày) và 2400calo.

s://myhanoi.com.vn/

- *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 lúc buổi sáng sớm, khi mới ngủ dậy hoặc vào bữa ăn.

Có thể chỉ buồn nôn hoặc nôn thật sự. Khi ngửi 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.

s://myhanoi.com.vn/

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 nhăn, 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 xã, 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 tỉ lệ urê và polypeptit, 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 kalci bromur ngày 2 - 4 g. Dùng thuốc làm tăng nhanh sự di chuyển thức ăn trong đường tiêu hoá: primperan 10mg (tiêm bắp) trước mỗi bữa ăn.
- Ăn lỏng: cháo, xúp.
- Khi có rối loạn tiêu hoá 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.

s://myhanoi.com.vn/

- 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 - thận, những cơn co giật liệt 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 - thận ở mức độ nặng.

- Protein niệu nhiều: trên 2g/lít
- Phù tăng lên nhanh, nước tiểu ít (dưới 400ml/ngày)
- Huyết áp tăng
  + Tối đa quá 30mmHg
  + Tối thiểu quá 15mmHg.

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.

s://myhanoi.com.vn/

- 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 (2500 calo/ngày).
- Sử dụng các loại thuốc
  + Chống phù não và an thần
    • Magiesulfat 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 110 mmHg); viên nén 250mg x 1-3 viên/ngày hay adalat 10mg 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 B_1 và C.
  + Bệnh nhân được ủ ấm, nằm một nơi yên tĩnh.

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 tuỳ theo mức độ của bệnh.

s://myhanoi.com.vn/

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 đề 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 foócxép. 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: magiesulfat 15% x 20ml tiêm tĩnh mạch, sau đó có thể tiêm tiếp theo 4 giờ một lần, khi nào mắt có phản xạ dần và nhịp thở dưới 16 lần 1 phút thì ngừng (khi lượng Magie trong máu trên 12mEq/lít). Có thể dùng gluconat calci 1g tiêm tĩnh mạch chậm để giải độc, kèm theo thở oxy.
- Chống giật: tiêm nhỏ giọt tĩnh mạch chậm 20mg đến 30mg seduxen pha với 500ml dung dịch glucose 5%, sau khi tiêm trực tiếp vão tĩnh mạch 10mg seduxen.

b. Thuốc lợi tiểu: lasix 40mg x 1 đến 3 ống (tiêm tĩnh mạch).

c. Hạ huyết áp:

- Néprensol (dihydralazine) 25 mg (tiêm tĩnh mạch), 15phút 1 lần cho đến khi huyết áp tối đa hạ đến 140 hay 150mmHg, và tối thiểu đến mức 100 hay 90mmHg.

Nếu không có néprensol có thể dùng các thuốc hạ huyết áp khác như adalat, catapressan.

s://myhanoi.com.vn/

ĐA ỐI

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 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 mạch.
- 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 thuỷ, 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 da người mẹ

- Bị bệnh đái tháo đường hay tiền tháo đường.
- Xung khắc giữa máu mẹ và thai.
- Nhiễm khuẩn: giang mai, listéria.

s://myhanoi.com.vn/

VI. 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 chửa 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 mãn

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 mãn tính

Thai nhi vẫn có thể phát triển tiếp tục nhưng thường là gây chuyển dạ sớm.

s://myhanoi.com.vn/

VI. TIÊN 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, cơn co yếu. Khi vỡ ối dễ gẫy sa dây rau, sa chi, ngôi bất thường.
- Sau đẻ bị sót rau, băng huyết do đờ tử cung.
- Tỷ lệ tử vong thai nhi cao (thường do dị dạng, thiếu tháng).

VII. XỬ TRÍ

1. Với đa ối cấp tính

Khi chiều cao tử cung phát triển nhanh, ảnh hưởng đến tình trạng toàn thận thì nên chọc ối để cho sản phụ được dễ chịu va gây chuyển dạ sớm.

2. Với đa ối mạn tính

Khi chuyển dạ kéo dài, cơn co thưa, nên tia 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 đờ tử cung.

CHỬA 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

s://myhanoi.com.vn/

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, gập, cong, có ngách, 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 chửa ngoài tử cung.
- Thụ thai trong ống nghiệm, khi đưa vào tử cung, lúc đó vùng eo vòi trứng (góc tử cung) còn không, có thể gây chửa 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 chửa ngoài tử cung.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Chửa 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 100 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.

s://myhanoi.com.vn/

- 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 đồ 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 1 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. Tràn 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.

s://myhanoi.com.vn/

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 mở vòi trứng lấy khối thai rồi cầm máu, và khâu phục hồi vòi trứng qua mổ nội soi hay mở 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 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 ổ 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.

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.

s://myhanoi.com.vn/

- 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), quầng sáng quanh đầu (dưới da đầu) và cột sống bị gẫy góc. Bơm vào buồng ối chất cản quang tan trong nước, 24 giờ sau chụp X quang sẽ không thấy hình ống tiêu hoá 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 sẩy (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).

s://myhanoi.com.vn/

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 bằng:
  + Truyền dung dịch oxytocin 5đv QT x 2 ống pha với 500ml glucoza 5%, vào tĩnh mạch chậm cho đến khi sau sổ rau
  + Đặt cytotec (prortaglandine E_1) vào âm đạo, liều 100mcg, 3 - 4 giờ 1 lần cho đến khi thai và rau sẩy.
- Phải nạo kiểm tra để tránh sót rau sau sẩy.

CHỬA 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 chửa 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 với hai tinh trùng).

Ngược lại, với chửa 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 chửa trứng

s://myhanoi.com.vn/

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 chửa 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.
- Không nghe thấy tim thai.

3. Toàn thận

- 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, 3 - 5 ngày sau nạo lại lần 2 (nếu tử cung còn cao trên 16cm).

s://myhanoi.com.vn/

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 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.

ĐẺ 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).

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 (dễ 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).

s://myhanoi.com.vn/

- 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 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 hoá, tử cung dị dạng, hở eo tử cung.

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

- 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, xoá và hé rộng.
- Ra nhớt hồng ở âm đạo, hoặc ối vỡ non.
- Cơn co tử cung đều, mau.

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 xoá mở
- Cơn co nhẹ, không đều, thưa
- Ối còn.

s://myhanoi.com.vn/

Xử trí bằng cách:

- Cho sa rản phụ nằm yên tại giường.
- Dùng progesteron và các dẫn xuất.
- Dùng thuốc tác dụng trên cơ tử cung:
  + Papaverin 0,04g x 2 - 4 ống/ ngày (hay spasmaverin 2 -3 ống/ngày, salbutamol 2mg x 3-4 viên/ ngày).

2. Đẻ non

- Có tiền sử đẻ non
- Cổ tử cung đã xoá, mở, còn ối hay ối đã vỡ non.
- Cơn co tử cung đều và mạnh dần.

Xử trí bằng cách:

Phải ngừng các loại thuốc đang sử dụng để ngăn cản cuộc chuyển dạ.

Phải can thiệp nhằm mục đích giúp cho cuộc đẻ tiến triển nhanh chóng, không gây sang chấn cho thai nhi, không gây suy thai. trước khi quyết định xử trí cần chú ý đến số lần đẻ của sản phụ, tuổi thai, tiên lượng thai nhi có thể nuôi được không, tình trạng thai trong khi chuyển dạ và theo dõi cơn co tử cung, nhịp tim thai, pH máu thai nhi.

Với ngôi thuận nên kiên trì cho đẻ đường dưới, cố gắng bảo vệ ối đến cùng, điều chỉnh cơn co khi cần thiết.

Với ngôi ngang hay ngược, tiên lượng đối với thai nhi xấu hơn vì có những nguy cơ gây chảy máu não, chấn thương do thủ thuật, nếu sản phụ mong có con, thai nhi không non tháng lắm, có khả năng nuôi được thì có thể chỉ định mổ để bảo vệ sự an toàn cho thai nhi.

3. Dự phòng đẻ non

Với những người sẩy thai liên tiếp hay có tiền sử đẻ non, có hở eo, có chỉ định khâu vòng cổ tử cung trong khoảng từ 12 - 16 tuần của thời kỳ có thai, dùng salbutamol 2mg x 2 - 4 viên/ngày hoặc truyền salbutamol 5mg và spasfon 4ml x 2 ống - tĩnh mạch chậm.

s://myhanoi.com.vn/

ĐẺ CHỈ HUY BẰNG TRUYỀN NHỎ GIỌT OCYTOCIN VÀO TĨNH MẠCH

Truyền nhỏ giọt ocytocin 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 thuỷ, 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

- Ocytocin: 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 tuỳ theo độ mạnh của cơn co và thời gian nghỉ giữa hai cơn co. Nếu cổ tử cung chậm

s://myhanoi.com.vn/

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.

s://myhanoi.com.vn/

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 tử cung). Chiều cao tử cung tăng nhanh, tim thai mất. Thăm âm đạo thấy cơ 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, màu đỏ tươi, máu loãng kèm máu cục, bệnh nhân không đau.

2. Vỡ 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 bảo đảm 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. Tuỳ theo thương tổn cụ thể ở tử cung nhiều hay ít mà quyết định giữ tử cung hoặc cắt bỏ.

s://myhanoi.com.vn/

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 250mg - 100mg truyền tĩnh mạch.
- Fibrinogen 4g - 8g truyền tĩnh mạch.
- Chống vô niệu: lasix liều cao tĩnh mạch.

Sau đó mổ lấy thai và tuỳ 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 tới sát lỗ trong cổ tử cung.

s://myhanoi.com.vn/

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.

Tuỳ 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 nhì 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.

s://myhanoi.com.vn/

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, spasmavérine, 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 thử 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 chưa đủ 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.

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.

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.

s://myhanoi.com.vn/

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 thuỷ, 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. TIÊN 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.

s://myhanoi.com.vn/

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 đẻ 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 tuỳ 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 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 chuẩn bị mổ).

CHẢY MÁU TRONG THỜI KỲ SỔ 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.

s://myhanoi.com.vn/

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 đờ 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, chửa 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

- Cố kéo dây rau làm đứt dây rau, hoặc bong rau từng mảng.
- Ngừng truyền ocytocin sớm quá khi làm nghiệm pháp đẻ chỉ huy (chỉ nên ngừng ocytocin khi rau đã sổ).

IV. TRIỆU CHỨNG

- Máu chảy từ tử cung ra: có khi chảy ri 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, đáy 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.

s://myhanoi.com.vn/

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, glanduitrin 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.

RÁCH ÂM HỘ - ÂM ĐẠO - CỔ TỬ CUNG DO ĐẺ

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 bào 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 ngôi 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: foócxép, giác hút...

s://myhanoi.com.vn/

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 nilon, 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).

Săn sóc sau khâu rất quan trọng, nhất là với những trường hợp rách phức tạp: cho táo bón; theo dõi vết khâu hàng ngày, sau mỗi lần đi vệ sinh cần sát khuẩn lại; dùng kháng sinh; sau 1 tuần đến 10 ngày thụt tháo phân cho sản phụ, để khỏi rặn gây bục chỉ.

II. RÁCH ÂM ĐẠO

Rách âm đạo có thể ở thấp kèm theo rách tầng sinh môn trung bình hay ở cao (rách cùng đồ).

s://myhanoi.com.vn/

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 (foócxép 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, tuỳ 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 (foócxép, chọc óc, 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 kìm dài cặp bông lau sách 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 đề 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 cụt 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 foócxép, giác hút khi cổ tử cung chưa mở hết.

s://myhanoi.com.vn/

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 kìm hình tim kéo cổ tử cung thẳng ra để xem thì thấy có vết rách từ cùng đồ đến mép ngoài (phải di chuyển kìm quanh cổ tử cung để xem từng đoạn ngắn cổ tử cung mới chẩn đoán được chính xác).

3. Xử trí

Dự phòng bằng cách:

- Không cho sản phụ rặn non.
- Không làm foócxép 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.

NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Cho đến cuối thế kỷ 19, nhiễm khuẩn hậu sản còn là một nguy cơ đe dọa đến tính mạng các sản phụ. Sang thế kỷ 20, 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 dạo, viêm cổ tử cung.

s://myhanoi.com.vn/

- Ối vỡ non.
- Các thủ thuật sản khoa: nhất là thủ thuật ở trong buồng tử cung.
- Sót 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 nắn. 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 sẩy 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.

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 trướng, 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.

s://myhanoi.com.vn/

Thường phải chụp bụng không chuẩn bị để xác định chẩn đoán (thấy có mức nước 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 (-) và (+).

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, đỡ 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.

s://myhanoi.com.vn/

SẨY THAI

Sẩy thai là hiện tượng trứng thụ tinh bị tống ra khỏi buồng tử cung trước khi thai có khả năng sống được (dưới 20 tuần).

I. NGUYÊN NHÂN

1. Do trứng

- Trứng bị thoái hoá do rối loạn nhiễm sắc thể:
  + 3 thể nhiễm sắc (trisomiz) : 54%.
  + Thể nhiễm đơn độc X (monosomie X) : 10%.
  + Tam bội thể (triploidie) : 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 thận:

- 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 hoá chất: chì, thuỷ 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 gập trước hoặc sau nhiều.

s://myhanoi.com.vn/

- U nang buồng trứng chèn ép tử cung.
- Hở eo cổ tử cung nguyên phát hay thứ phát.

c. *Chấn thương*: sau phẫu thuật ở vùng chậu hông do ngã, do tại nạn lao động.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Dọa sẩy

- 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 ngắn lại thành hình con quay.

2. Sẩy 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 xoá và mở, thăm âm đạo có thể sờ thấy khối thai hay rau thập thò ở cổ tử cung.
- Nếu thai đã sẩy xong thì cổ tử cung đóng lại và lượng máu sẽ ít đi.

III. XỬ TRÍ

1. Dọa sẩy

- Cho nằm nghỉ tuyệt đối.
- Cho các thuốc giảm cơn co như papaverin 0,04g 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; dicynon 500mg x 3 viên/ngày.
- Định lượng kích dục tố B, phức hợp pregnandiol, estrogen, 17 - cetosteroit nếu nghi là do thiểu năng nội tiết. Có thể cho tiêm progesteron 25mg, tiêm bắp hàng ngày; pregnyl 1500đv QT (tiêm bắp) cách ngày một lần. Nếu siêu âm không

s://myhanoi.com.vn/

có tim thai hoặc chỉ có túi ối có phần thai (kích thước 30ly đường kính) thì không nên giữ thai nữa.

2. Đang sẩy

Khi thai đang sẩy, không nên đặt vấn đề giữ thai, cần hồi sức và nạo thai để cầm máu.

3. Đã sẩy

Khi thai đã sẩy 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 sẩy

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 glucose 20% nhỏ giọt tĩnh mạch, calci clorua) 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 các 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)

s://myhanoi.com.vn/

- 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 khỉ*: 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 lồi lõm bất thường.

3. Tổn thương ở eo dưới

- Vòm vệ 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.

s://myhanoi.com.vn/

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 đẻ được bằng đường dưới.

5. Khung chậu của người gẫy 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 đẻ 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.

s://myhanoi.com.vn/

- 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 chờm 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 mỏm 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 chỏm), nếu nghiệm pháp lọt ngôi thai thất bại thì sẽ mổ lấy thai. Với các ngôi khác: ngôi ngược, mặt, ngôi bregma, nếu có khung chậu giới hạn nên chỉ định mổ, trừ những thai nhỏ, không đủ tháng, tiên lượng đẻ đường dưới dễ dàng.

s://myhanoi.com.vn/

DỌA 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 mũi 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 tăng 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. Dọa 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 rượu.
- 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.

s://myhanoi.com.vn/

- 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 dồn dập.
- 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: papaverin, salbutamol, spasfon, dolosal.
- Không cho sản phụ rặn.
- Can thiệp lấy thai ra nhanh: mổ lấy thai nếu ngôi chưa lọt, làm foócxép, 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.

s://myhanoi.com.vn/

SUY THAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Suy thai xảy ra thường do sự chuyển hoá 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 hoá, 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

- Cơn 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.

s://myhanoi.com.vn/

- 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 diễn 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.
- 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 ocytocin 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.

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.

s://myhanoi.com.vn/

- 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 hoá, 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.

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 foócxép nếu ngôi đã lọt.

s://myhanoi.com.vn/

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, nếu 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 tiến 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

s://myhanoi.com.vn/

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 40lần/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 tiêm dung dịch natri bivarbonat 42‰ qua tĩnh mạch với liều 10ml/kg/24 giờ phối hợp với dụng 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 tỷ 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 sond hay bằng thìa v.v..

s://myhanoi.com.vn/

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...

SỐC SẢN KHOA

I. ĐẠI CƯƠNG

Sốc gặp 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 khi 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.

s://myhanoi.com.vn/

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 để 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, plasmageal.
- Chống hiện tượng thiếu oxy trong tổ chức; hô hấp nhân tạo, thở oxy.

s://myhanoi.com.vn/

- 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.

s://myhanoi.com.vn/

+ 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, hypothiazit.

– *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 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.

3. Chỉ định phá thai trong suy tim

Tuỳ 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 tuỳ tình trạng suy tim.
– Thai đủ tháng: khi đẻ can thiệp bằng foócxép, hoặc mổ lấy thai.

s://myhanoi.com.vn/

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 kịch 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 ướt, ran ngáy, ran rít khắp phổi, giống như nước thuỷ 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.

s://myhanoi.com.vn/

- 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+prméthazin 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.

s://myhanoi.com.vn/

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. Tuỳ 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.

s://myhanoi.com.vn/

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, ở 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. Tuỳ 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 của buồng trứng. Đo độ dai của niêm

s://myhanoi.com.vn/

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. 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 tính trạng bệnh lý khác của niêm mạc tử cung: viêm nhiễm, quá sản, ung thư...

8. 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	LH	Prolac-tin	Oestra-diol	Pro-gesteron	Testoster-one
	IU/l	IU/l	mU/l	p mol/l	u. mol/l	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	

9. 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.

s://myhanoi.com.vn/

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 hoá.

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 gập 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.

s://myhanoi.com.vn/

- 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.

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: papverin, spasmaverin, buscopan, spasfon.
- Dùng các thuốc an thần: bromur natri hay kali, seduxen.
- Dùng Decapeptyl 3,75mg (triptorelin) hay Zoladex 3,60mg (groserelin) để ức chế vùng dưới đồi tuyến yên làm thoái triển các TB của khối lạc NMTC điều trị lạc nội mạc tử cung.

s://myhanoi.com.vn/

3. Nếu không tìm ra nguyên nhân và điều trị bằng thuốc không có kết quả thì có thể dùng cách

- 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 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 sẩy thai, sẩy 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.

s://myhanoi.com.vn/

- *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 tỉ 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 phấn, buồng trứng xơ và nang hoá, 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 thiểu 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

Tuỳ 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).

s://myhanoi.com.vn/

+ Hoặc có thể loại bỏ lớp niêm mạc tử cung một cách nhanh và đều, bằng cách dùng progesteron 20mg x 3 -4 ngày liền. 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 ocytocin, 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 không bị tụt xuống.
- Tầng sinh môn với các cơ và nhân xơ trung tâm giữ cho thành âm đạo không bị sa xuống.

s://myhanoi.com.vn/

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 hoá 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. Tuỳ 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 thập 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 tuỳ theo mức độ lao động, tuy không ảnh hưởng đến khả năng lao động và sinh hoạt bình thường.

s://myhanoi.com.vn/

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 khoẻ cho phép, có thể giải quyết bằng phẫu thuật, tuỳ theo tuổi và số lần đẻ, mức độ sa sinh dục mà quyết định những phương pháp phẫu thuật thích hợp: cắt cụt 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 đính vào eo sau tử cung để treo tử cung vào mỏm nhô, để nâng tử cung về vị trí cũ của nó, đồng thời làm trục TC ngả trước như lúc chưa đẻ.

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 rắt, đái buốt và ra khí hư nhiều.

s://myhanoi.com.vn/

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. Vùng 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 Skène 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.

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 vẩy 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.

s://myhanoi.com.vn/

+ Xử trí

Làm thuốc âm đạo hàng ngày bằng dung dịch thuốc tím 1/40000 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 một liều độc nhất).

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, đái 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 lùng 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 gentamycine hoặc các loại kháng sinh khác tuỳ theo kháng sinh đồ, nuôi cấy dịch mủ.

s://myhanoi.com.vn/

- Chích rộng tuyến cho thoát mủ ra, tránh để vỡ tự nhiên vì sẽ gây lỗ rò.

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 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 được sinh dục 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 sẩy, đẻ, do vi khuẩn thường.
- Sau thủ thuật ở tử cung và cổ tử cung: nong cổ tử cung đốt điện.

s://myhanoi.com.vn/

- 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 bến hố chậu, nhưng thường là 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 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 dao động, bạch cầu tăng cao, khối u căng to, đau, sờ có cảm giác lùng nhùng.

s://myhanoi.com.vn/

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, fluororquinolon, chymotrypsin, corticoids...), liều cao và dài ngày cùng với các loại vitamin B_1, C.
- 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 can thiệp phẫu thuật để lấy khối mủ đó đi (dẫn lưu qua cùng đồ Douglas hay mổ qua ổ bụng cắt vòi trứng và dẫn lưu). Người ta có thể mổ qua soi (hút mủ, rửa, dẫn lưu).

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, fluororquinolon.
- Điều trị lý liệu pháp: dùng sóng ngắn, bó nến.
- Nếu điều trị nội khoa lâu mà không có kết quả, bệnh nhân đã có tuổi, có thể đặt vấn đề cắt tử cung và hai phần phụ.

s://myhanoi.com.vn/

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 dấn 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

s://myhanoi.com.vn/

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 dễ 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, để cấy dưới da bụng, mỗi tháng 1 lần, trong

s://myhanoi.com.vn/

3 tháng liền, 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.

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 uỷ 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 đa số 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 (tuỳ loại nang hay thể đặc), nhẵn hay lổn nhổn nhiều thuỳ, có thể di động hay không di động được.
- Người ta có thể chụp X quang không chuẩn bị để tìm vết vôi hoá, hoặc hình xương (trong nang bì), hoặc chụp X quang

s://myhanoi.com.vn/

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 trướng: 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 trướng, ngoài khối u chính còn sờ thấy các khối u ở nơi khác trong ổ bụng.

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.

s://myhanoi.com.vn/

+ 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 hoá: 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 hoá 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 bổ 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.

s://myhanoi.com.vn/

2. Quang tuyến và hoá 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 trướng và nước cổ trướng 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.
- Hoá liệu pháp: người ta thường dùng cyclophosphamit, cis-platin, vincristin, actinomicin D, adriamycin v.v...
- Miễn dịch liệu pháp: được sử dụng khi đã điều trị hoá 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.

s://myhanoi.com.vn/

- 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%.

s://myhanoi.com.vn/

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, 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. XỬ 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.

s://myhanoi.com.vn/

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 cũ. 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 sần 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 trùng) và có di căn xa.

s://myhanoi.com.vn/

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 có giai đoạn 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 triệt để các trường hợp có tổn thương nghi ngờ (CIN 3) ở cổ tử cung để phát hiện sớm ung thư trong biểu mô.

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 và rộng + lấy hạch, đường bụng) hay Schauta (cắt tử cung rộng, đường âm đạo).
- *Ung thư giai đoạn II_a*: kết hợp phẫu thuật và phóng xạ (trước và sau mổ).

s://myhanoi.com.vn/

- *Ung thư giai đoạn II_b - 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 giai đoạn II_6 - III*: tia xạ đơn thuần, phối hợp nguồn gần và nguồn xa hoặc hóa liệu pháp chống ung thư.

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, nham nhở. Nạo sinh thiết sẽ xác định được chẩn đoán khi thấy biểu mô trụ bị ung thư hoá.

2. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với các ra máu khác.

- Polyp buồng tử cung: qua chụp buồng tử cung, soi buồng tử cung.
- U xơ tử cung; niêm mạc buồng tử cung bình thường.

s://myhanoi.com.vn/

- 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 mỏm cắt, để tránh tái phát ở mỏm âm đạo.
- Với người già, thể trạng yếu, điều trị nội khoa bằng nội tiết sinh dục loại progestagen, liều một lần 500mg/ ngày, để hạn chế sự phát triển của khối u.

UNG THƯ NGUYÊN BÀO NUÔI

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 chửa trứng cao thì tỷ lệ nguyên bào nuôi cũng cao, tỷ lệ biến chứng thành ung thư nguyên bào nuôi từ chửa 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.

s://myhanoi.com.vn/

- *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 liền thì coi là đã bị 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 phối hợp nhiễm khuẩn ở buồng tử cung sẽ có hiện tượng tiết dịch và tạo hình đọng giọt. Trong một số trường hợp chửa 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

s://myhanoi.com.vn/

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 hoá 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 hoá liệu pháp chống ung thư cho đến khi HCG âm tính và hết di căn. Việc điều trị đơn thuần 1 hoá chất, hay phối hợp nhiều hoá chất phụ thuộc vào bệnh nhân có nguy cơ ít, trung bình hay cao.

s://myhanoi.com.vn/

Phần
CÁC BỆNH NHIỆT ĐỚI

Biên soạn: PGS. NGUYỄN HỮU BÌNH

s://myhanoi.com.vn/

NHIỄM KHUẨN TỤ CẦU

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm khuẩn tụ cầu hiện nay là vấn đề được các nhà y học chú ý vì:

- *Bệnh rất phổ biến* nhất là ở các nước nhiệt đới: nhiều trường hợp nhiễm tụ cầu xảy ra trên những người khoẻ mạnh cũng như trên các cơ địa dễ mắc bệnh.
- Biểu hiện của nhiễm tụ cầu lại *rất đa dạng* từ nhiễm khuẩn rất nhẹ trên da đến những tổn thương nội tạng rất nặng.
- *Về vai trò gây bệnh*, ngoài khả năng gây mủ là tính chất đặc thù của tụ cầu, còn có *vai trò của độc tố tụ cầu* trong sinh bệnh của hội chứng sốc nhiễm khuẩn, của hội chứng tróc vẩy ở da, vai trò gây bệnh càng ngày càng lớn của một số chủng tụ cầu "không gây bệnh" mới đây được xem như các vi khuẩn hoại sinh mắc ở bệnh viện hoặc gây bệnh ở những người có cơ địa đặc biệt như suy yếu, giảm miễn dịch.
- Cuối cùng vấn đề không kém phần quan trọng là *vai trò kháng kháng sinh* của các tụ cầu; bất kỳ một kháng sinh nào mới sản xuất, chỉ sau một thời gian là xuất hiện kháng thuốc. Do đó biết bao kháng sinh mới ra đời và bắt buộc chúng ta phải thường xuyên xem lại thái độ điều trị.

II. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

Tụ cầu là cầu khuẩn gram dương, không có vỏ, chịu đựng tốt ở ngoại cảnh, ái khí hoặc yếm khí không bắt buộc, mọc trên tất cả môi trường.

Trên thạch, các khuẩn lạc tròn, khum, mờ đục và mọc thành chùm, bóng. Danh từ tụ cầu (tiếng Hy Lạp staphyl: chùm) xuất phát từ hình ảnh điển hình của các khuẩn lạc khi soi kính hiển vi và sau khi nhuộm.

s://myhanoi.com.vn/

+ Tuỳ theo tính chất tiết ra một sắc tố màu vàng hay không, người ta phân biệt hai loại: tụ cầu trắng (albus) thường hoại sinh và tụ cầu vàng (aureus).
+ Các tiêu chuẩn sinh bệnh học được định nghĩa in vitro bằng sản xuất một men gây đông (coagulase) và khả năng lên men mannitol ở môi trường Chapman. Như vậy người ta phân biệt các tụ cầu coagulase dương tính (Staph. aureus) và các tụ cầu coagulase âm tính (Staph. epidermitis, saprophyticus, capitis...)
+ Các yếu tố gây bệnh của tụ cầu gồm: các kháng nguyên thành, các độc tố hoặc các enzym tham gia trực tiếp vào sự phát triển và biểu hiện của bệnh (bảng 1).

Một số thành phần này là nguồn gốc để cơ thể sinh ra các kháng thể đặc hiệu, khi xác định giúp chẩn đoán và tiên lượng các nhiễm tụ cầu nội tạng kéo dài.

s://myhanoi.com.vn/

Bảng 1. *Vài yếu tố gây bệnh của Staphylocoque aureus*

Các thành phần của thành:	
- Protein A	Giao thoa với cố định opsonin - Dính kết với các biểu mô
- Peptidoglycan	Gây sốt (sốc, đông máu nội mạc rải rác) Ức chế phản ứng viêm
- Acid teichoic	Dính kết vào các biểu mô-Hoạt hoá đường giao thoa của bổ thể
Các ngoại độc tố:	
- Tan máu tố	Hoại tử da - Nhiễm độc bạch cầu - Độc tế bào, làm tan máu (hemolysant)
- Leucocidin	Nhiễm độc tế bào đối với các bạch cầu và các thực bào
- Độc tố ruột (x6)	Ỉa chảy-Nôn (viêm ruột-đại tràng, nhiễm độc thức ăn). Hội chứng "sốc nhiễm độc"
- Tróc mảnh (x2)	Hoại tử biểu bì, ban có bọng nước
- Ngoại độc tố A và B	Gây sốt
- Ngoại độc tố C	Hội chứng "sốc nhiễm độc". Phát ban kiểu tinh hồng nhiệt. Gây sốt
- TSS - T1	Hội chứng "sốc nhiễm độc"
Các enzym:	
- Men gây đông	Ức chế đại thực bào. Hoạt hoá prothrombin Thrombose (huyết khối)
- Fibrinolysin	Hoạt hoá plasminogen. Dung giải cục máu. Cục tắc do nhiễm khuẩn
- Catalase	Ức chế diệt vi khuẩn nội bạch cầu
- Dexoxyribonuclean	Các yếu tố lan tràn
- Hyaluronidase	nt
- Lipase	nt
- Protease	nt
Bêtalactamase	Kháng các bêtalactamin

s://myhanoi.com.vn/

III. DỊCH TỄ HỌC

– Tụ cầu *có mặt khắp nơi* làm ô nhiễm da, không khí và nước

Người là ổ chứa chính: có thể là những người mang các thương tổn do tụ cầu, nhưng nhiều nhất là những người lành mang mầm bệnh; mầm bệnh cư trú trong các hố mũi, ruột non, da, các tuyến bã nhờn hoặc mồ hôi (nách, đáy chậu; ở bàn tay chuyển vận tụ cầu từ nơi này sang nơi khác).

Sự lây truyền: hoặc trực tiếp từ các thương tổn mở hoặc gián tiếp bởi đường không khí, bởi các nhân viên săn sóc hoặc các dụng cụ mang tụ cầu.

– Nhiễm tụ cầu do *lây ở bệnh viện* có một tầm quan trọng rất lớn, liên quan đến tất cả các chuyên khoa, ung thư, các đơn vị hồi sức cấp cứu, các nhà hộ sinh, khoa nhi.

Trái với các trực khuẩn gram âm, tụ cầu khuẩn ít do tự nhiễm, trái lại lây chủ yếu bằng đường ngoài vào, nhất là từ các nhân viên săn sóc (80% các người mang trong một số khoa).

– Các yếu tố thuận lợi dễ nhiễm tụ cầu:

  + Tuổi: trẻ nhỏ, người già, trạng thái mất dinh dưỡng, có một bệnh làm suy yếu cơ thể hoặc điều trị làm mất thăng bằng hệ thống sinh thái vi khuẩn (liệu pháp kháng sinh kéo dài và phổ rộng) hoặc làm mất các phương tiện bảo vệ của cơ thể (giảm miễn dịch, corticoid).

  + Ngoài mổ xẻ ngoại khoa kéo dài, phải lắp một dụng cụ nhân tạo cũng là những hoàn cảnh thuận lợi. Điều này giải thích tần số của nhiễm tụ cầu ở chuyên khoa phẫu thuật tim mạch, xương, thần kinh. Cuối cùng là do sử dụng các phương tiện hồi sức cấp cứu để cứu sống hoặc theo dõi tình trạng sức khoẻ của bệnh nhân xem như là yếu tố nguy cơ phụ của nhiễm tụ cầu.

– Đặc biệt đối với các chủng trước kia cho là "không mắc bệnh" mắc ở bệnh viện, kháng với các kháng sinh nhất là đối với penicillin M, có thể lên tới 20-30%, trái với nhiễm khuẩn do tụ cầu mắc ngoài bệnh viện còn nhạy cảm với các kháng sinh.

s://myhanoi.com.vn/

IV. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

A. NHIỄM TỤ CẦU MƯNG MỦ

1. Nhiễm tụ cầu da - niêm mạc

Rất hay gặp. Các tụ cầu có mặt trên da có thể phát triển nông ở biểu bì hoặc sâu trong da ở các lỗ của lông, tuyến bã nhờn và các ống tuyến.

a. Nhiễm tụ cầu biểu bì

- Chốc lở: bệnh của da nổi bọng nước hay gặp ở trẻ em nhỏ do đó có thể gây các dịch nhỏ ở vườn trẻ. Tổn thương cơ bản là một bọng nước nhỏ chứa một chất nước trong, sau vài giờ trở nên đục, rồi khô để lại một vẩy vàng như sáp ong, rất ngứa.

Các bọng nước số lượng có thể nhiều hay ít, hay khu trú ở mặt, da đầu, tứ chi, có thể có các hạch xung quanh.

- Viêm móng (onyxis) và viêm quanh móng (perionyxis)
- Chín mé bong biểu bì xung quanh móng. Có khi ở mép, hoặc đốt ngón tay thứ 1,2. Sưng đỏ, căng và đau không ngủ được.

b. Nhiễm tụ cầu của nang lông - bã nhờn

- Viêm nang (folliculite) cấp nông là một nung mủ khu trú ở lỗ của nang. Lúc đầu là một nốt phồng da nhỏ, đỏ, quanh lông, đau, sau là một nốt mủ xung quanh là quầng viêm rồi vỡ ra và có vẩy bọc.
- Viêm nang cấp sâu là một nhọt trong nang của bao lông. Nhọt (furoncle) khi tất cả bộ phận lông bã nhờn hoại tử thành "ngòi". Xuất hiện chỗ nào có lông. Cụm nhọt là một kết tảng của nhiều nhọt và thường thấy ở vùng hay ma xát (gáy, lưng...)

Nhọt có thể biến chứng, nhất là trường hợp hay sờ nắn, tiêm chích, có thể biến chứng ở một vùng: áp xe, viêm bạch mạch, viêm hạch... hoặc toàn thân (nhiễm khuẩn huyết).

Nếu nhọt khu trú ở môi trên thì nguy hiểm vì có nguy cơ tụ cầu mặt ác tính.

s://myhanoi.com.vn/

Các nhọt, cụm nhọt thường xảy ra ở người béo phệ, cortico liệu pháp, giảm miễn dịch, đái tháo.

Cụm nhọt trên các cơ địa này có thể có hình ảnh cụm nhọt hoại thư: mảng hoại thư, phù không có giới hạn rõ ràng, với tình trạng toàn thân nặng.

- Lẹo (orgelet) là một viêm nang hoặc một nhọt lông.
- Viêm nang râu (sycosis) là kết quả của sự hợp lưu của viêm nang lông sâu mạn tính, thành các mảng thâm nhiễm và sưng lên, xen kẽ các nốt mủ. Nó khu trú đặc biệt ở râu

c. Nhiễm tụ cầu của tổ chức tế bào dưới da

Tụ cầu là nguồn gốc áp xe dưới da, nóng hay lạnh, viêm mô tế bào (cellutite), viêm mạch bạch huyết (lymphangite) và viêm hạch (adénite) và sưng tấy (plegmon).

Chín mé, đau dữ dội và trội lên từng cơn, cư trú ở đầu múp các ngón tay, đôi khi ở đốt 1 hoặc 2 của ngón và có thể biến chứng viêm tấy bao gấp.

d. Nhiễm tụ cầu của các ống tuyến

Chứng ổ gà là một mưng mủ kéo dài các tuyến mồ hôi của nách hoặc của các vùng xung quanh hậu môn hoặc sinh dục.

Thương tổn lúc đầu khu trú sau lan dần làm thành một ổ mạn tính có các hột và rỉ ra một dịch mủ.

e. Nhiễm tụ cầu dưới da tái nhiễm

Nhiễm tụ cầu dưới da (nhọt) hoặc trong cùng một vùng (ổ gà) thường tái đi tái lại.

Yếu tố thuận lợi là đái tháo đường, thiếu dinh dưỡng, làm việc quá sức, thay đổi khí hậu, dị ứng với quần áo.

f. Nhiễm tụ cầu da ở trẻ sơ sinh và nhũ nhi

Ở trẻ sơ sinh và nhũ nhi, các tổn thương của tụ cầu ở da hoặc dưới da rất khác nhau:

- Nhiễm khuẩn rốn, viêm quanh móng, chín mé, viêm mủ ở da, áp xe vú, áp xe da đầu, pemphigut biểu bì: bệnh da mọng nước, rất lây, tự nhiễm, cư trú bất kỳ chỗ nào trên thân thể, trừ các gan bàn tay và các gan bàn chân, thường thấy ở đùi và bụng.

s://myhanoi.com.vn/

- Hoại tử da rộng khởi đầu bằng mảng đỏ và cứng ở thân và lan rộng kiểu áo giáp.

Ở trẻ còn bú nhiều tháng hơn có chốc lở, các áp xe dưới da.

g. Nhiễm tụ cầu ở các niêm mạc

Tụ cầu có thể là nguyên nhân của các viêm tấy hạch bạch nhân, viêm xoang, viêm tai hay tái nhiễm, khởi đầu là do virus hoặc dị ứng sau do bội nhiễm các viêm thanh quản hạ họng và một số viêm kết mạc là biến chứng của lẹo hoặc viêm mi mắt do tụ cầu.

2. Nhiễm khuẩn huyết do tụ cầu

Từ ổ nguyên phát gây chứng viêm tắc tĩnh mạch tại chỗ các tụ cầu vào máu gây nên một tai biến trầm trọng. Không chỉ vì lý do thường gặp, mà do tụ cầu gây các ổ di bệnh nhiễm khuẩn ở nhiều phủ tạng, tự động tiến triển nặng, vấn đề được quan tâm là do sự kiện nhiều chủng kháng các thuốc kháng sinh thông thường.

Sự phân biệt kinh điển giữa vãng khuẩn huyết và nhiễm khuẩn huyết thấy ở các vi khuẩn khác thì nhiễm khuẩn huyết do tụ cầu không hẳn là một sự sinh sản vi khuẩn trong máu mà phần đông là một sự lan tràn trong chốc lát để rồi vào nội tạng trừ những trường hợp mà trung tâm nhiễm khuẩn rất quan trọng và từ đó luôn luôn phóng vi khuẩn vào máu.

Vì vậy về phương diện lâm sàng các nhiễm khuẩn huyết đơn thuần do tụ cầu rất hiếm mà phải gọi là nhiễm khuẩn và nhiễm mủ huyết vì phần nhiều đều kèm thêm những ổ mủ di bệnh.

a. Đại cương

Trong tất cả các nhiễm khuẩn huyết thì nhiễm khuẩn huyết do tụ cầu hay gặp hơn cả.

Ở Việt Nam nhiễm khuẩn huyết do tụ cầu tăng rõ rệt, đứng hàng đầu trong các loại nhiễm khuẩn huyết và có tỷ lệ tử vong cao. Nhiễm khuẩn huyết gặp ở mọi lứa tuổi, gặp ở nam giới nhiều hơn ở nữ giới.

Cần phải tìm hệ thống một cơ địa thuận lợi làm cho tụ cầu phát triển nhưng không phải luôn luôn tìm thấy.

s://myhanoi.com.vn/

- Trong các thể mắc ngoài bệnh viện (2/3 các trường hợp) đường vào của tụ cầu là ở da, đôi khi rất nhỏ, ngoài ra có thể là tai - mũi - họng, răng, đường tiết niệu hoặc tử cung. Một số trường hợp không thấy đường vào (30% các trường hợp). Cần chú ý những can thiệp không đúng các nhọt và các viêm mủ da do tụ cầu.
- Nhiễm khuẩn huyết *mắc ở bệnh viện* (1/3 trường hợp) do các tụ cầu kháng thuốc vì dùng bừa bãi các kháng sinh hiện có. Ngày nay vấn đề này rất quan trọng.

* Nhiễm khuẩn huyết xảy ra sau mổ xẻ trên một ổ mưng mủ, hay gặp trong các phẫu thuật thần kinh, phẫu thuật xương, tim mạch, tiêu hoá, tiết niệu hoặc ở những người bị bỏng.

Không bao giờ bỏ qua phân lập tụ cầu trong ổ phẫu thuật

* Áp dụng các kỹ thuật hiện đại trong hồi sức cấp cứu cũng là một nguyên nhân

b. Các thể lâm sàng

- Các thể tối cấp: hiếm, sau khi đột nhập vào máu một khối lượng lớn vi khuẩn hoặc sau một ổ nung mủ quan trọng và không được chú ý như nhọt, viêm xương - tuỷ xương.

Bệnh tiến triển một cách dữ dội trong 2-5 ngày, không đủ thời gian để cho điều trị có kết quả.

Bệnh khởi đầu kịch liệt bằng sốt cao trên $40^{o}C$ tình trạng toàn thân suy sụp nhanh, biểu hiện nổi bật nhất là sốc nhiễm khuẩn do tụ cầu. Cấy máu luôn luôn dương tính. Mổ tử thi cho ta thấy tất cả các cơ quan nội tạng sung huyết, rất nhiều áp xe nhỏ, có hình dạng như kê phân tán trong gan, lách, phổi, thận và cả ở não.

Điển hình là *tụ cầu ác tính ở mặt*

Qua các bệnh nhân ở khoa truyền nhiễm Bệnh viện Bạch Mai 82,5% các trường hợp có can thiệp hoặc kích thích đường vào của tụ cầu lúc đầu: nặn trứng cá, gãi, cậy vẩy, nặn hoặc trích nhọt non (65,1%) ngoài ra còn do day, xoa bóp nhọt, chọc que vào nhọt, cạo râu xước vào nhọt, rửa mặt làm vỡ nhọt (98,4% đường vào là do mụn nhọt còn 1,6% của đường vào là vết thương xây xát ở mặt bị nhiễm trùng).

s://myhanoi.com.vn/

Thường là nhọt hoặc một cụm nhọt ở môi trên, cánh mũi, nếp gấp mũi má (69,8% có đường vào quanh miệng, mũi, mắt) 30,2% có đường vào ở xa các hốc tự nhiên (như cằm, má, trán, thái dương).

Có thể từ bất cứ vị trí nào ở da, niêm mạc vùng mặt, nhọt ở lỗ tai và gáy, sau nhổ răng và các nhiễm trùng khác ở miệng.

Thường biểu hiện một viêm tế bào mô lan toả với viêm tĩnh mạch lan rộng.

Bệnh nhân đột ngột sốt cao tới 40°C, rét run, mệt dữ dội.

Sưng lan rộng từ nhọt sang vùng hố mắt. Đó là "mảng do tụ cầu", màu đỏ tím, lạnh, hơi đau, không có viêm xung quanh, rải rác có các nốt phỏng mủ chứa tụ cầu.

Nhãn cầu lồi ra, bất động do phù hố mắt và phù kết mạc chứng tỏ viêm tế bào mô hậu nhãn cầu và đôi khi viêm tắc tĩnh mạch của xoang hang, biểu hiện liệt mặt với các biểu hiện viêm màng não - não. Cấy máu dương tính

Nhờ kháng sinh điều trị sớm, thích hợp, và khuếch tán tốt trong tổ chức thần kinh - màng não, có thể khỏi.

Tất cả những tổn thương tụ cầu trên da và niêm mạc *ở vùng đầu mặt* có thể trở thành tụ cầu ác tính ở mặt, vị trí của ổ nhiễm khuẩn khởi điểm gây ra tụ cầu ác tính ở mặt có liên quan chặt chẽ với đặc điểm giải phẫu của tĩnh mạch mặt và mắt. Máu thu từ toàn bộ da và niêm mạc ở mặt, thái dương (nhất là vùng gần mắt, mũi, miệng) chủ yếu đổ thẳng vào tĩnh mạch mắt tới ngay xoang hang trong sọ. Con đường lan truyền này quá ngắn nên dễ dàng làm ổ nhiễm khuẩn tưởng như rất đơn giản, nhỏ, bình thường trên mặt lan vào xoang hang, gây viêm tắc xoang hang từ đó gây bệnh cảnh tụ cầu ác tính mặt nặng nề.

• Thể nhiễm khuẩn huyết cấp hoặc đơn thuần: thể này hiếm, ít khêu gợi, chỉ nghĩ đến trừ khi nhiễm khuẩn huyết xảy ra trên một người mang một ống thông tĩnh mạch. Biểu hiện bệnh cảnh của một nhiễm khuẩn huyết nặng: khởi đầu dữ dội bằng sốt cao, rét run, (các dấu hiệu thần kinh) mệt lả, mê sảng, nôn, bụng chướng, ỉa chảy, đặc biệt ở trẻ còn bú.

Cấy máu thường dương tính

Điều trị tích cực có thể khỏi hoặc để lại các ổ di bệnh nội tạng.

s://myhanoi.com.vn/

- Thể nhiễm mủ huyết

– Đây là thể khá điển hình và hay gặp hơn cả

– Sốt có thể dao động hoặc không đều với rét run liên tiếp hoặc sốt liên tục và có dáng dấp như bệnh thương hàn

– Lách thường to và tình trạng toàn thân biến đổi. Những biểu hiện ở da thường gặp, đôi khi rất đặc trưng bằng các thương tổn phát ban nổi nốt mủ (erythemato-pustuleuses) hoặc nốt mủ bầm máu (pustulo-ecchymotique) có các vết bầm máu giữa là nốt mủ thường ở rìa các móng.

– Thiếu máu và tăng bạch cầu với bạch cầu đa nhân tăng

– Cấy máu phân lập mầm bệnh dễ dàng

– Tiến triển đặc trưng bởi xuất hiện các tổn thương di bệnh nội tạng với khu trú rất điển hình: phổi-màng phổi, xương, sinh dục, tiết niệu, tim, thần kinh...

- Các thể nhiễm khuẩn huyết bán cấp kéo dài, các thể chậm: bệnh kéo dài, tiến triển trong nhiều tháng.

Các triệu chứng xảy ra sau một nhọt, một chín mé, một áp xe răng đôi khi bị bỏ quên, hoặc một viêm tuỷ xương mạn tính bề ngoài như tiên phát sau đó là các di bệnh nội tạng nhiễm khuẩn với các định xứ khác nhau.

+ Giữa các đợt có biểu hiện lâm sàng, có thể im lặng hoàn toàn trong nhiều tuần hoặc nhiều tháng.

+ Hoặc bệnh nhân sốt dai dẳng và suy mòn dần. Bệnh tiến triển có thể kéo dài nhiều tháng, hoặc nhiều năm.

Chẩn đoán nhiều khi rất khó. Cấy máu chỉ dương tính từng giai đoạn

Tiến triển có thể khỏi hoặc có thể nặng lên bất cứ lúc nào bởi xuất hiện hội chứng sốc nhiễm khuẩn tương ứng với một bột phát nhiễm khuẩn huyết của một ổ hoặc một định xứ di bệnh nguy hiểm như áp xe não.

Tóm lại thể nhiễm mủ huyết là thể khá điển hình hay gặp, tiến triển đặc trưng là xuất hiện ổ di bệnh. Trong các thể nhiễm khuẩn huyết cấp, các dấu hiệu toàn thân và thần kinh nổi bật và phải tìm kỹ mới thấy các định xứ đặc biệt.

s://myhanoi.com.vn/

Còn thể nhiễm khuẩn huyết bán cấp có một hay nhiều định xứ quan trọng thì các định xứ lại xuất hiện với những dấu hiệu trội hẳn lên.

- Viêm nội tâm mạc tụ cầu: cần phải khám cẩn thận để phát hiện và theo dõi bằng siêu âm vì đây là thể đặc biệt và nặng của nhiễm khuẩn huyết tụ cầu.

Có thể xuất hiện bề ngoài như tiên phát hoặc có thể xảy ra trong tất cả các thể của nhiễm khuẩn huyết.

3. Các định xứ nội tạng của các nhiễm tụ cầu

Các định xứ nội tạng làm thành các khu trú thứ phát của một nhiễm khuẩn huyết tụ cầu: sớm, hoặc muộn, riêng rẽ hoặc nhiều nơi.

Biến diễn tới mạn tính và tái phát là một trong các nét đặc biệt của nhiễm tụ cầu.

a. Nhiễm tụ cầu xương - khớp

- Viêm xương - tuỷ cấp theo đường máu, hiện nay hiếm gặp bệnh này ở trẻ em và thanh niên; nhân một chấn thương xương từ một tổn thương da hoặc niêm mạc, vi khuẩn vào máu.

Các hành xương của xương dài, vùng sụn nối bị thương tổn và tiến triển nhanh đến áp xe hoá.

Các khu trú hay gặp là xương chày, xương đùi, xương cánh tay, cổ tay do đó người ta gọi là "xa khuỷu, gần đầu gối".

Khởi đầu rất cấp, đau dữ dội làm bệnh nhân bất động hoàn toàn. Sốt cao, tình trạng toàn thân ảnh hưởng. Khám bệnh nhân: nếu tìm nhẹ nhàng và kiên nhẫn thấy dấu hiệu khá đặc trưng: đau ở bên cạnh đầu xương, đoạn sụn nối, đau xuyên qua và xung quanh khớp không bị.

Xét nghiệm: bạch cầu tăng với tăng bạch cầu đa nhân, cấy máu thường dương tính

X quang: các ngày đầu bình thường, cho phép theo dõi sự tiến triển.

Nếu chậm, biểu hiện một vùng giảm xương đối diện với phản ứng màng xương, không gãy vỏ xương.

Điều trị cấp cứu: cố định xương bằng thạch cao và kháng sinh trị liệu thích hợp, sẽ khỏi, không tổn thương dưới màng xương, đặc biệt tránh được các tổn thương huỷ hoại của sụn và của xương, và không chuyển qua mạn tính.

s://myhanoi.com.vn/

- Viêm xương - khớp ở trẻ còn bú: thường thường ở háng, đùi, nặng và chẩn đoán khó khăn. Chi giả liệt, đau, rồi sưng lên; hoặc tư thế bất thường dẫn đến chụp X quang, nhưng sau nhiều ngày các hành xương biến chất, bong đầu xương.

Viêm khớp có mủ huỷ hoại các bề mặt của khớp, sụn nối biến chất, nếu trường hợp cho kháng sinh liệu pháp hữu hiệu muộn sẽ trở thành tàn phế nặng.

- *Viêm đĩa đệm do tụ cầu:* thường ở vùng lưng, chủ yếu ở đốt sống hoặc chỉ có cung sau. Thể cấp tiến triển nhanh thành áp xe trước hay bên cột sống, thực tế hiếm.

Trái lại, thể mạn tính với các triệu chứng âm ỉ, phát hiện muộn

Cần nghĩ đến trước một bệnh cảnh sốt, hình dạng thấp khớp, một hội chứng rễ thần kinh, khi ấn một gai đốt sống thấy đau chói hoặc co cứng.

Cấy máu rất hiếm dương tính. Các thương tổn này nặng vì điều trị muộn

- Viêm ngoài màng cứng: đau dữ dội, sốt, co các cơ quanh đốt sống. Xuất hiện các dấu hiệu của ép tuỷ với các dấu hiệu tắc lưu thông nước não tuỷ.

Phải phẫu thuật ngay lập tức múc mủ trong khoảng ngoài màng cứng. Chỉ nhờ nó có thể tránh tiến triển tới liệt hai chân mềm vĩnh viễn.

- Các viêm khớp mủ của các khớp lớn: xảy ra sau khi tiêm tại chỗ nhiễm khuẩn thuốc corticoid.
- Các thương tổn khớp giả thấp khớp: làm nhầm bệnh Bouillaud có thể xảy ra ở trẻ em. Do đó cortico liệu pháp có thể đem lại hậu quả tai hại ghê gớm.
- Viêm xương ức: cuối cùng cần phân lập một thể viêm xương ức phát triển trong các viêm trung thất sau khi phẫu thuật lồng ngực trong một bệnh cảnh nhiễm khuẩn (viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn).

b. Nhiễm tụ cầu phổi - màng phổi

- Viêm phổi tụ cầu tiên phát của người lớn là *các thâm nhiễm nhu mô phổi*, lan tràn nhiều hay ít, có các áp xe nhỏ, hoặc đôi khi là các bóng, có thể có biến chứng tràn dịch màng phổi, tràn mủ màng phổi.

s://myhanoi.com.vn/

Áp xe phổi do tụ cầu hay gặp, nguồn gốc do nghẽn mạch hoặc gây ra bởi một dị vật.

Ngoài ra tụ cầu là một trong các tác nhân bội nhiễm của các bệnh phổi do virus, đặc biệt là cúm.

- Các nhiễm tụ cầu phổi - màng phổi của trẻ còn bú thường gặp và nặng

Khởi đầu dữ dội, các dấu hiệu toàn thể: sốt và mất nước rất rõ.

Thở nhiều dữ dội, hướng chẩn đoán nhưng các dấu hiệu khám thực thể rất nghèo nàn.

Các rối loạn tiêu hoá thường nổi bật

Bụng chướng giả tắc ruột là triệu chứng rất gợi ý.

X quang cho thấy các lốm đốm trắng cả 2 phế nang, các bóng tròn có hay không có mức nước (bệnh phổi hình bóng).

Tràn dịch màng phổi, khí màng phổi hoặc tràn mủ màng phổi và trung thất có thể di chuyển.

Tiên lượng nặng cần hoàn chỉnh kháng sinh sớm và mạnh. Dẫn lưu phẫu thuật màng phổi hoặc một bóng hơi kích thước lớn.

c. Nhiễm tụ cầu niệu - sinh dục

- Viêm bể thận do tụ cầu rất thường gặp, đặc biệt ở người đái tháo và có thể biến chứng hoại tử thận.
- Áp xe thận: biến chứng nhiễm khuẩn huyết do tụ cầu sau nhọt hoặc chín mé

Sốt, đau lưng một bên, bạch cầu đa nhân trong máu tăng. Đến ngày thứ sáu xuất hiện hạ nhiệt độ, đồng thời trong nước tiểu thoáng qua một ít máu và mủ, áp xe trong các đường tiết niệu.

Một số "cụm nhọt" của thận tiến triển nặng hơn làm tình trạng toàn thân biến đổi nặng nề và cả chức năng thận. Cần phẫu thuật.

Một số khác khỏi bằng kháng sinh trị liệu

- Sưng tấy quanh thận là hậu quả của vỡ áp xe vào vùng quanh thận, tiến triển một cách âm thầm và đôi khi trong nhiều tuần với sốt dao động, liên tục, kháng sinh làm biến đổi tình trạng toàn thân.

Sưng hố chậu thắt lưng và phù thành bụng đều chậm.

Giải quyết tháo mủ của ngoại khoa là cần thiết

Có khi không có mủ trong các thể mạn tính của viêm quanh thận.

s://myhanoi.com.vn/

- Áp xe tiền liệt tuyến là biến chứng thường gặp của nhiễm khuẩn huyết do tụ cầu đặc biệt các thể bán cấp và kéo dài.

Thăm dò trực tràng: tiền liệt tuyến đau, tăng khối lượng chắc hoặc mềm

Đái khó, đái ra mủ không hằng định

Áp xe thường vỡ vào niệu quản. Hiếm biến chứng viêm mô tế bào lan toả xung quanh tiền liệt tuyến.

Viêm mào tinh do tụ cầu hiếm, cấp hoặc bán cấp giả lao.

- Tổn thương thận hay gặp
  - Viêm thận ống - kẽ
  - Hoại tử vỏ sau sốc nhiễm khuẩn
  - Bệnh cầu thận hoặc tăng sinh
  - Cuối cùng bệnh thận nhiễm độc liên quan đến kháng sinh

d. Nhiễm tụ cầu não - màng não

Nổi bật là các áp xe não, phát triển từ một ổ nung mủ kề sọ (tai hoặc xoang).

Các viêm màng não có mủ với cơ chế khác nhau: lây trực tiếp khi phẫu thuật thần kinh hoặc một chấn thương, viêm màng não tiếp xúc với một ổ kề não của một viêm ngoài màng cứng hoặc viêm màng não di căn của một nhiễm khuẩn huyết hoặc của một viêm nội tâm mạc.

e. Viêm cơ tụ cầu

Trong các nước nhiệt đới, các khu trú này rất thường gặp. Có hai loại: các viêm cơ cấp mưng mủ, các áp xe riêng biệt hoặc nhiều, cư trú trong các cơ của đùi, mông và các chi trên.

Các viêm cơ sung huyết không mưng mủ, xảy ra rất sớm có khi khởi đầu của nhiễm khuẩn huyết. Loại này thoái lui nếu được điều trị kháng sinh.

B. NHIỄM TỤ CẦU KHÔNG MƯNG MỦ - NHIỄM ĐỘC

1. Hội chứng sốc nhiễm độc do tụ cầu *(toxic-shock-syndrom: TSS)*

a. Được mô tả năm 1978, ở trẻ em, xem như biến chứng của các ổ mưng mủ sâu.

Năm 1980 ở Mỹ đã gây ra vụ dịch ở phụ nữ trong khi hành kinh dùng các gạc thấm hút nhanh.

s://myhanoi.com.vn/

Các triệu chứng rất phong phú, cấy máu thường âm tính nhưng trong các chất tiết âm đạo chứa một tụ cầu tiết độc tố xác minh một bệnh lý nhiễm độc thường thường do T.S.S - T1

b. Lâm sàng

Sốt trên 39^0C hình cao nguyên, dai dẳng trong 3-5 ngày, hạ huyết áp < 90mmHg rồi từ từ xuất hiện một tình trạng sốc thực sự, nhưng đôi khi có xu hướng hạ huyết áp khi đứng, toàn thân có ban màu đỏ nổi cục kiểu tinh hồng nhiệt hoặc ở gan bàn tay, bàn chân và sau 7-14 ngày bong vẩy nhiều nhất ở tứ chi, đôi khi kèm theo rụng tóc và rụng các móng.

Có thể xuất hiện các thương tổn nội tạng.

c. Chẩn đoán hội chứng sốc nhiễm độc do tụ cầu cần phải có 3 tổn thương nội tạng:

- Niêm mạc (sung huyết kết mạc, viêm họng, viêm lợi, viêm âm hộ)
- Tiêu hoá (ỉa chảy, nôn, đau bụng)
- Gan (vàng da hoặc hoại tử đơn thuần)
- Cơ (cơ vân với đau cơ, tăng các creatinekinase, tăng kali huyết).
- Thần kinh (hôn mê, co giật, liệt)
- Thận (bệnh thận ống - kẽ cấp, tăng urê đơn độc, đái ra máu).
- Hô hấp (hội chứng suy hô hấp do phù phổi)
- Hội chứng xuất huyết (tiểu cầu giảm hoặc đông máu nội mạch rải rác)
- Viêm cơ tim
- Viêm tuỵ cấp
- Bệnh đa hạch nông

d. Tiến triển

Nếu điều trị với các kháng sinh kháng tụ cầu phối hợp với điều chỉnh các rối loạn huyết động, hoặc các tổn thương nội tạng có thể khỏi trong 8-10 ngày.

- Tử vong là 3%
- Có thể tái nhiễm

s://myhanoi.com.vn/

Hay gặp hơn là các thể không điển hình, nhiệt độ trên hoặc bằng 39°C, phát ban, hạ huyết áp, đau cơ, nôn, ỉa chảy phối hợp với các dấu hiệu tổn thương ít nhất là 2 cơ quan.

Chẩn đoán: hội chứng sốc nhiễm độc phải có 3 tiêu chuẩn cùng với bong vẩy, nếu không có bong vẩy thì phải có 5 tiêu chuẩn.

2. Hội chứng các trẻ dội nước sôi *(Scalded skin syndrom: s.s.s)*

Một số chủng tụ cầu vàng đặc biệt các chủng thuộc nhóm phage II tiết ra 1 ngoại độc tố tróc mảnh (men gây tróc mảnh hoặc men tiêu biểu bì) gây hội chứng ở da và toàn thể. Các độc tố này gây tróc mảnh da lan rộng thường gặp ở trẻ em còn bú và trẻ em.

Có thể là do hệ thống miễn dịch hình thành chưa đầy đủ, hoặc hệ thải độc thận chưa trưởng thành vì người ta thấy ở những người lớn suy giảm miễn dịch (ghép thận).

a. Hội chứng kiểu tinh hồng nhiệt do tụ cầu

Có thể tiếp theo một nhiễm tụ cầu nông (ở da, tai mũi họng) hoặc sâu (xương khớp, phổi hoặc phụ khoa). Triệu chứng rất gần với triệu chứng của bệnh tinh hồng nhiệt do liên cầu.

Sau vài ngày tiến triển của ổ nung mủ, bệnh khởi đầu bằng sốt cao đột ngột kèm theo nhức đầu, buồn nôn, nôn hoặc đau bụng. Phát ban xuất hiện trong 48 giờ, khởi đầu cư trú xung quanh ổ nung mủ, rồi lan rộng như phát ban kiểu tinh hồng nhiệt điển hình và sau 6-7 ngày thì mất, phát ban mất càng nhanh nếu ổ nung mủ được giải quyết càng sớm.

Từ ngày thứ 10 xuất hiện bong vẩy.

b. Chốc lở mọng nước

Đôi khi xuất hiện trên bệnh ngoài da có từ trước, các mọng nước này thường cư trú nhiều ở chi hơn là ở thân và mặt.

Tình trạng toàn thân ít bị ảnh hưởng

Từ 7-10 ngày các mọng nước vỡ và để lại sẹo nhẵn và mất sắc tố.

Điều trị kháng tụ cầu làm khỏi nhanh

c. Hội chứng hoại tử ly biểu bì (hội chứng Lyell tụ cầu)

Thường xảy ra ở trẻ em dưới 2 tuổi, sau nhiễm tụ cầu nhẹ ở tai mũi họng, niêm mạc mắt, âm hộ.

s://myhanoi.com.vn/

Khởi đầu: dữ dội với sốt cao, phát ban kiểu tinh hồng nhiệt hoặc kiểu sởi. Từ 1-2 ngày xuất hiện tróc mảnh lúc đầu ở vùng các nếp xung quanh các lỗ. Dùng ngón tay đè nhẹ gây tróc biểu bì (dấu Nikolski).

Các mọng nước lớn nhỏ xuất hiện, chứa một dịch vàng chanh dễ vỡ để lại một vết xước biểu bì hồng và rỉ nước, bao bọc một lớp da nhàu nát như khăn vải ướt, giống như hình ảnh bỏng lan rộng.

Các niêm mạc bị tổn thương nhưng ít dữ dội hơn trong hội chứng Lyell nguồn gốc nhiễm độc: viêm kết mạc, viêm mồm, viêm môi khô và nứt là hay gặp.

Tình trạng toàn thân ảnh hưởng do sốt cao và mất nước

Cấy máu thường âm tính nhưng mầm bệnh tìm thấy ở chỗ xuất phát hoặc trong dịch các mọng nước.

Tử vong do bội nhiễm, do đó cần phải nhập viện và cách ly chặt chẽ.

Điều trị tại chỗ kháng sinh liệu pháp chống tụ cầu tiến triển thường khả quan.

Sau 6-15 ngày không có di chứng teo như hội chứng Lyell do nhiễm độc.

3. Viêm rột non - đại tràng

a. Nhiễm khuẩn - nhiễm độc thức ăn do tụ cầu

Các độc tố ruột chịu nhiệt của một số tụ cầu vàng có trong thức ăn ô nhiễm gây nhiễm khuẩn - nhiễm độc thức ăn tập thể. Thời kỳ nung bệnh ngắn (vài giờ) dữ dội với triệu chứng viêm dạ dày và ruột cấp, kéo dài 24 giờ, tiến triển khỏi nhanh.

b. Viêm ruột do tụ cầu sau kháng sinh liệu pháp

Trước kia điều trị kéo dài với các tetracylin ngày nay thường tiếp theo một kháng sinh liệu pháp phổ rộng. Biểu hiện hội chứng viêm ruột nặng với sốc, ỉa chảy không có phân hoặc có các giả mạc.

Cấy phân chỉ thấy toàn tụ cầu vàng

Tiến triển thường nặng, cần hồi sức bằng đường tĩnh mạch kéo dài phối hợp với một kháng sinh trị liệu chống tụ cầu.

s://myhanoi.com.vn/

V. CHẨN ĐOÁN NHIỄM TỤ CẦU

A. CHẨN ĐOÁN CHẮC CHẮN

Dựa trên phát hiện vi khuẩn ở các thương tổn và hoặc của máu

Tuy nhiên tụ cầu có mặt ở nhiều nơi, đặc biệt trên da và các niêm mạc do đó người ta vừa thận trọng trong việc lấy các bệnh phẩm vừa thận trọng trong khi nhận định kết quả. Giá trị gây bệnh của tụ cầu tuỳ theo cách lấy bệnh phẩm:

1. Tính gây bệnh chắc chắn

Nếu nhiều lần cấy máu dương tính, tụ cầu dương tính trong não tuỷ, các màng (màng phổi, màng hoạt dịch), trong sinh thiết xương, các mảu tụ dưới da kín, trong nước rửa và hút nội khí quản.

2. Tính gây bệnh nghi ngờ

Nếu cấy máu đơn độc, nhiễm tụ cầu ở da, ở nước tiểu, ở niệu quản, cấy phân (tụ cầu chiếm 30% trong các tạp khuẩn).

3. Tính gây bệnh cần phải bàn luận

Tụ cầu trong các chất khạc đờm, cấy phân, ở niêm mạc: tai, mũi, họng, trừ khi nếu đó là một tụ cầu tiết độc tố.

Cần cấy tụ cầu ở môi trường chuẩn, môi trường máu và môi trường Chapman

Ngoài ra xác định và nghiên cứu sự có mặt của men gây đông (coagulase).

Nghiên cứu sự nhậy cảm với các kháng sinh chính kháng tụ cầu là cơ bản.

Trong các nhiễm khuẩn nông hoặc nhẹ người ta có thể xác định bằng kháng sinh đồ. Trái lại trong các nhiễm khuẩn huyết tụ cầu sự xác định CMT và các CMB rất cần thiết cũng như xác định khả năng diệt khuẩn của sự phối hợp kháng sinh.

B. CHẨN ĐOÁN GIÁN TIẾP

Trong một số nhiễm khuẩn tiến triển bán cấp hoặc điều trị không đúng nguyên tắc cấy máu thường âm tính. Người ta dựa vào định lượng các kháng thể kháng tụ cầu:

s://myhanoi.com.vn/

1. Các kháng anti staphylolysin typ α (bình thường 2 đơn vị quốc tế) và γ (bình thường: 1/160).

Định lượng các kháng staphylolysin còn có giá trị tốt để tiên lượng, nếu tồn tại một tỷ giá cao có thể là chứng cớ của một mảnh xương mục kháng nguyên, bệnh nhân đang được điều trị nếu tỷ giá trở về bình thường là một dấu hiệu điều trị có tác dụng. Hàm lượng tăng trong trường hợp tái phát.

2. Các kháng thể kháng acid teichoic (bình thường < 4) tăng đều đặn trong các nhiễm khuẩn mạn tính với cấy máu âm tính, đặc biệt sự xác định có nhiều giá trị trong một số viêm nội tâm mạc.

VI. ĐIỀU TRỊ

A. CÁC KHÁNG SINH KHÁNG TỤ CẦU

Tính chất kháng thuốc của các tụ cầu tiến triển không ngừng, đặc biệt các chủng phân lập trong môi trường bệnh viện và khi cho kháng sinh phải dựa trên sự nhạy cảm in vitro (phương pháp các đĩa hoặc phương pháp pha loãng ở 30° và đọc sau 48 giờ).

Hiện nay 90% các tụ cầu kháng với penicillin G nhưng còn nhạy cảm với các penicillin M, loại meticillin.

20% các chủng phân lập ở môi trường bệnh viện kháng với meticillin và cũng như vậy đối với cephalosporin.

Các chủng kháng meticillin này thường cũng kháng với aminosid. Các chủng này có tác dụng với fluoroquinolon, đặc biệt với các glycopeptid (vancomycin, teicoplanin).

B. CHỈ ĐỊNH

1. Nhiễm tụ cầu nông

Điều trị sớm là phòng bệnh tối ưu các biến chứng nặng

Điều trị chung các nhiễm tụ cầu da

Dựa trên sự hiểu biết về sinh thái học của tụ cầu và trên sự khử khuẩn các ổ tụ cầu: Staphylococcus aureus chỉ có mặt trên da của một số ít người và có liên quan chặt chẽ giữa người mang mầm bệnh trên da và sự hiện diện tụ cầu ở một số nơi: các hố mũi phía trước, vùng quanh hậu môn, ống tai. Trường hợp nhiễm tụ cầu da tái nhiễm, cần phải bắt đầu điều trị bằng khử khuẩn các ổ vi khuẩn.

s://myhanoi.com.vn/

Điều trị cần tiến hành một cách đều đặn hàng ngày, kéo dài trong 2-3 tháng. Một mặt bệnh nhân cần kiên trì và bền bỉ, mặt khác thầy thuốc cần giải thích cho bệnh nhân rõ ràng và làm thử nghiệm thuyết phục.

Người ta áp dụng một pommát với chất cơ bản là neomycin, bacitracin trong các hố mũi phía trước, rửa tại chỗ bằng dung dịch thuốc tím pha loãng 1/10.000 (1 gói 1 gam cho 10 lít nước), tiếp theo khử khuẩn với dung dịch kháng khuẩn mà chất nền là povidon - iod (Betadin) hoặc Hexamidin (Hexomedine).

Các vết sẹo của mụn nhọt cũ rửa bằng ether sulfuric

Một nhọt nhỏ (furoncle) thường không cần điều trị bằng kháng sinh.

Trường hợp nhọt nhiều (furonculose) có thể chỉ định kháng sinh liệu pháp (ví dụ synergistin) và hoàn chỉnh bằng điều trị tại chỗ, phun thuốc sát khuẩn, chín mé mà điều trị kháng tụ cầu không kết quả cần phải chích rạch.

Tìm và điều trị người lành mang vi khuẩn ở xung quanh.

Các biện pháp vệ sinh chung là cần thiết

2. Các nhiễm tụ cầu nặng

Đó là các nhiễm khuẩn huyết, các nhiễm khuẩn mủ huyết, tụ cầu ác tính mặt, hậu bối, áp xe phổi, các viêm màng não, viêm xương-khớp và cuối cùng là các nhiễm khuẩn xảy ra trên cơ địa giảm miễn dịch.

Điều trị vô cùng khó khăn và còn chưa hoàn toàn quy tắc hoá. Tuy nhiên một số nguyên tắc có thể nêu lên:

Các nguyên tắc

Chỉ định và hướng dẫn điều trị theo tài liệu vi khuẩn gồm:

- Lấy bệnh phẩm trước lúc cho tất cả các kháng sinh, xác định kháng sinh đồ
- Nghiên cứu in vitro các phối hợp diệt khuẩn
- Trong khi điều trị, kiểm tra vi khuẩn
- Xác định khả năng diệt khuẩn của huyết thanh và đặc biệt liều lượng thích hợp của các kháng sinh cho phép đối với tình trạng của bệnh nhân.

s://myhanoi.com.vn/

a. Các phối hợp chính của các kháng sinh tụ cầu

• Tụ cầu nhạy cảm với meticillin

Penicillin M + aminosid

Trường hợp dị ứng với penicillin có thể cho phối hợp: cephalosporin hoặc synergistin + aminosid

• Tụ cầu kháng với meticillin, nhiều phối hợp có thể được:

Glycopeptid + aminosid hoặc fosfomycin hoặc rifamycin hoặc fluoroquinolon.

Rifampicin + aminosid hoặc fosfomycin hoặc lincosamid hoặc synergistin

Fosfomycin + penicillin M hoặc cefotaxim hoặc cefamandol hoặc aminosid

Fluoroquinolon + rafampicin

Phối hợp hiệp đồng vẫn là nguyên tắc chính

b. Chọn kháng sinh bằng sự nhạy cảm của các tụ cầu với meticillin, bởi tính chất khuếch tán riêng biệt của từng kháng sinh tác dụng nơi bị nhiễm khuẩn:

- Định xứ ở màng não: fosfomycin + cefotaxim hoặc fluoroquinolon hoặc co-trimoxazol.
- Định xứ ở xương: aminosid + cloxacillin hoặc cefalotin hoặc rifampicin hoặc fluoroquinolon
- Bởi nhiễm khuẩn nặng viêm nội tâm mạc glycopeptid + aminosid hoặc fosfomycin.

c. Chú ý giải quyết đường vào hoặc ổ di bệnh

Rút bỏ hoặc thay ống thông nhỏ giọt, dẫn lưu ngoại khoa cho tất cả các tụ mủ, tràn mủ màng phổi, áp xe dưới màng.

Cắt bỏ (exérèse) một tĩnh mạch nơi tắc mạch (thrombose) nhiễm khuẩn, thắt động mạch chủ dưới trường hợp tắc động mạch phổi tái đi tái lại nhiều lần.

Thực hiện

Cho khởi đầu nhanh (thường hay cho bằng đường tĩnh mạch) và phối hợp 2 kháng sinh diệt khuẩn theo kinh nghiệm sau đó tuỳ theo kết quả của phòng xét nghiệm mà thay đổi.

Các nhiễm khuẩn huyết hoặc các nhiễm khuẩn nội tạng sâu: kết quả điều trị chậm, ngay cả trường hợp điều trị thích hợp, không nên thay đổi kháng sinh sớm sẽ ảnh hưởng đến kết quả cuối cùng.

s://myhanoi.com.vn/

Trong tất cả các trường hợp chỉ thay đổi kháng sinh trong trường hợp thất bại rõ ràng, dựa vào kết quả của lâm sàng hoặc xét nghiệm bằng kiểm tra vi khuẩn liên tiếp, khả năng diệt khuẩn của huyết thanh.

Theo dõi cẩn thận tính không chịu thuốc, đặc biệt tính độc đối với thận của một số phối hợp.

Thời gian điều trị tuỳ thuộc vào sự nặng, nhẹ và nơi nhiễm khuẩn.

Ngoài lâm sàng ra không có một tiêu chuẩn nào đúng để xác định khỏi.

Một nhiễm khuẩn huyết không có khu trú nếu ở tim tối thiểu 4 tuần, ở phổi: 4 - 6 tuần, viêm nội tâm mạc tối thiểu 6 tuần, viêm xương khớp: 6 tuần đến 3 tháng, viêm màng não mủ không có tụ mủ nội sọ: 2 tuần

Bảng 2. *Các kháng sinh kháng tụ cầu chính*

Tên thuốc	Đường vào	Liều lượng (với chức năng thận bình thường)	
		Trẻ em (mg/kg/ngày)	Người lớn (g/ngày)
Bêtalactamin			
Meticillin	t/b, t/m	100-150	2 đến 8
Oxacillin	t/b, t/m, uống	100-150	2-8
Cloxacillin	t/b, t/m, uống	100-150	2-8
Cefalotin	t/b, t/m	100	4 đến 8
Cefazolin	t/b, t/m	100	4-6
Aminosid			
Gentamicin	t/b, t/m d/da	3	3mg/kg/ngày
Tobramycin	t/b, t/m d/da	3	3mg/kg/ngày
Amikacin	t/b, t/m d/da	10-15	10-15mg/kg/ngày
Synergistin			
Pristinamycin	uống	100	2-3
Lincosamid			
Lincomycin	t/b, t/m, uống	30-60	1,5-2
Clindamycin	t/m, uống	15-40	0,6-1,2
Các KS khác			
Acid fusidic	uống		2-4
Rifampicin	uống, t/m	16-20	0,9-1,2
Fosfomycin	t/m	200	8-12
Vancomycin	t/m	25-30	1,5-2
Teicoplanin	t/m, t/b		0,2-1
Pefloxacin	t/m, uống	Chống chỉ định	0,8-1,6
Ofloxacin.	t/m, uống	Chống chỉ định	0,4-0,6
Ciprofloxacin	t/m, uống	Chống chỉ định	1-1,5
Co-trimoxazol	uống, t/b, t/m	6TMP/30SMZ	0,320 TMP/1,6SMZ

s://myhanoi.com.vn/

VII. PHÒNG BỆNH NHIỄM TỤ CẦU

Trong một số trường hợp để phòng nhiễm khuẩn tập thể, đặc biệt nhân viên kỹ nghệ thực phẩm, cần phải tìm hệ thống tụ cầu. Tìm tụ cầu ở các nơi cư trú của *những người mang mầm bệnh* và thanh toán nếu tụ cầu da luôn luôn tái nhiễm trong gia đình. Dùng kháng sinh phòng bệnh chống lại tụ cầu trước khi mổ. Trong ngoại khoa (phẫu thuật chỉnh hình về tim mạch): những ngày trước khi mổ tìm tụ cầu và thanh toán tất cả các ổ tụ cầu bằng kháng sinh trị liệu, liều lượng mạnh và cắt nhanh trong 24-48 giờ.

NHIỄM KHUẨN DO LIÊN CẦU

Từ ngày có penicillin, bệnh nhẹ hơn nhưng vẫn còn hay gặp và đa dạng.

Có thể phân biệt 2 nhóm bệnh:

- Một số do vi khuẩn gây ra (viêm họng, viêm mủ ở da, nhiễm khuẩn huyết, viêm xương khớp...)
- Một số do cơ chế miễn dịch bệnh lý bởi nhiễm khuẩn từ trước hoặc biến chứng xa như thấp khớp cấp, viêm cầu thận cấp, ban đỏ nút.

I. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

Liên cầu là những cầu khuẩn gram dương, bất động, tập hợp thành chuỗi, kỵ khí không bắt buộc.

Phân loại dựa trên xác định 1 kháng nguyên polysaccharid C, có 18 nhóm huyết thanh (lấy tên từ A đến H và từ K đến T).

Các liên cầu A gây bệnh mạnh nhất do vỏ acid hyaluronic và 1 kháng nguyên nông là protein M xác định tính chất đặc hiệu của typ. Các kháng nguyên protein M là nguồn gốc của các phản ứng quá mẫn chậm sau một tái nhiễm làm khó khăn cho việc sản xuất một vacxin kháng liên cầu hữu hiệu hiện nay.

s://myhanoi.com.vn/

Các liên cầu, đặc biệt loại A tiết ra các chất hoà tan enzym hoặc độc tố, một số trực tiếp gây bệnh (độc tố erythrogen trong bệnh tinh hồng nhiệt); một số khác (streptolysin O và S, hyaluronidase, streptokinase...) gây bệnh ít rõ ràng hơn. Tuy nhiên chúng có tính chất kháng nguyên, làm xuất hiện kháng thể, cơ sở về huyết thanh chẩn đoán.

II. CHẨN ĐOÁN HUYẾT THANH HỌC CÁC NHIỄM LIÊN CẦU

Streptolysin O do liên cầu A, C, G tiết ra (không bao giờ do liên cầu nhóm D) làm xuất hiện antistreptolysin (ASLO) > 200U/ml (người lớn 400U/ml) là bệnh lý (cao trong 60-80% các nhiễm liên cầu A nhưng âm tính không loại trừ nhiễm liên cầu hiện tại). Trái lại ASLO tăng cao có thể là:

- Người mang liên cầu khoẻ mạnh
- Bị nhiễm liên cầu từ trước và đã khỏi.

Như vậy trong các thể cấp thì dựa vào lâm sàng và vi khuẩn học. Có sự tăng các hiệu giá kháng thể của 2 lần huyết thanh cách nhau xác định chẩn đoán.

Những xét nghiệm khác: định lượng kháng hyaluronidase, kháng streptokinase, kháng NADase, nếu một mình ít giá trị hơn ASLO.

Antistreptozym test là phương pháp đơn giản và nhanh xác định 5 typ chính kháng thể kháng liên cầu cho phép chẩn đoán trong 100% các trường hợp và luôn luôn dương tính với thấp khớp cấp.

Các kháng thể kháng polysaccharid C (APC) cao một cách hằng định trong thấp khớp cấp.

III. LÂM SÀNG

A. CÁC LIÊN CẦU GÂY MỦ

1. Viêm họng liên cầu

a. Lâm sàng

Hay gặp, mọi lứa tuổi, nhưng nổi bật ở trẻ em tuổi học sinh, viêm họng là nguồn gốc của đa số các biến chứng.

s://myhanoi.com.vn/

Khởi đầu dữ dội, sốt 39-40°C, rét run, đau họng, khó nuốt, nhức đầu, trẻ em thường đau bụng, buồn nôn và nôn.

Khám: họng đỏ, hạch hạnh nhân sưng to lốm đốm các chấm tối hơn đôi khi ban xuất huyết. Hạch to dưới góc hàm.

Đôi khi có giả mạc mủn, bờ không rõ ràng và bóc dễ dàng. Hiếm viêm họng loét hoại tử, không có tổn thương các đường hô hấp dưới, không ho, không viêm khí quản, viêm phế quản.

Chẩn đoán dương tính: phân lập liên cầu A hoặc nghiệm pháp ngưng kết trực tiếp trên lam kính; tăng bạch cầu đa nhân. Điều trị ngay sau các dấu hiệu địa phương và toàn thân khỏi sau 24-48 giờ, khỏi tự nhiên trong vòng 4-8 ngày nhưng có thể tái phát hoặc xảy ra biến chứng.

b. Các biến chứng sớm

- Viêm xoang, viêm tai giữa có mủ, viêm xương chũm, viêm tấy hạch hạnh nhân
- Viêm hạch hoặc viêm tấy hạch xảy ra nhanh: hạch sưng, thường một bên và một hạch, cổ hoặc dưới hàm, mật độ cứng, nói chung không có viêm quanh hạch, di động. Tình trạng toàn thể ảnh hưởng rất rõ với sốt cao, xanh, mệt mỏi dữ dội sau 8-15 ngày. Có thể tiến triển tới có mủ hoặc viêm tấy hạch dẫn lưu ngoại khoa dưới bảo trợ của kháng sinh.
- Nhiễm khuẩn huyết: hiếm

c. Các biến chứng thứ phát

Đặc biệt của các viêm họng do liên cầu A (hiếm C) điều trị không đủ không thanh toán được mầm bệnh. Đó là viêm cầu thận cấp, ban nút liên cầu hoặc bệnh viêm hậu nhiễm liên cầu (thấp khớp cấp, chorée).

d. Điều trị

Mục đích khỏi viêm họng nhanh, đặc điểm phòng các biến chứng sớm và thứ phát chống lại nguy cơ viêm cầu thận cấp hậu nhiễm khuẩn, bảo đảm phòng bệnh viêm hậu liên cầu và đặc biệt là thấp khớp cấp.

s://myhanoi.com.vn/

• Trước hết là pencillin:

– Penicillin V: 50.000 U/kg/24 giờ chia 4 lần ngoài bữa ăn hoặc penicillin G: 1 đến 20.000.000 U/24 giờ, chia 2 lần, tiêm bắp (đau).

– Trường hợp dị ứng với penicillin, dùng macrolid ví dụ erythromycin 50 mg/kg/24 giờ ở trẻ em, 2 g/24 giờ ở người lớn.

Thời gian điều trị là 10 ngày.

– Nếu người ta ngại uống, dùng penicillin chậm: benzathin - penicillin: 1.200.000 đv hoặc 600.000 đv (trẻ < 25 kg) chỉ tiêm bắp sâu một lần.

Không có 1 typ kháng sinh nào khác thích đáng.

• Cắt hạch hạnh nhân cần phải thận trọng. Chỉ đặt ra trong:

– Viêm họng thật sự liên cầu tái đi tái lại.

– Có viêm họng hốc to, đai dẳng có mủ khi ấn. Đặc biệt ở trẻ em có các hạch hạnh nhân to làm tắc vòm họng toàn bộ và cũng gây ra suy hô hấp mạn tính.

2. Tinh hồng nhiệt

Nhiễm độc nhiễm khuẩn do lan tràn trong cơ thể độc tố erythrogen sinh ra do liên cầu A (hiếm C hoặc G). Ở nước ta ít gặp.

Trước kia thường gặp và nặng, nay hiếm, triệu chứng nhẹ và chẩn đoán khó.

Tuy nhiên, nó gây các biến chứng chậm hậu liên cầu.

Đó là một bệnh miễn dịch, thấy ở trẻ tuổi đi học, hiếm ở người lớn và ở nhũ nhi càng hiếm hơn. Thực tế, tản phát, lây trực tiếp ở người lành mang bệnh, hoặc người bị viêm họng liên cầu.

• Lâm sàng: thể thông thường: nung bệnh 3 - 5 ngày, khởi đầu dữ dội sốt 39-40oC, đau họng, thường có đau bụng và nôn. Khám: họng đỏ, lưỡi bẩn, hạch dưới góc hàm hơi đau, tim nhanh rõ. Sau 12-48 giờ, xuất hiện phát ban đặc hiệu với một nội ban và ngoại ban:

– Ngoại ban: xuất hiện trước hết ở lồng ngực và gốc các chi. Sau 1 hoặc 2 ngày lan ra và ở thân, bụng và mông. Đó là phát ban lan toả, lấm chấm sẫm, không có các khoảnh da lành, khi ấn thì mất. Có thể ngứa. Ngoài ra có các chấm huyết hoặc các đường bầm máu ở các nếp gấp.

s://myhanoi.com.vn/

- Nội ban: hằng định, có giá trị lớn. Viêm họng trong 4-5 ngày nhưng đặc biệt các biến đổi của niêm mạc lưỡi đáng chú ý nhất: lúc đầu bẩn, bọc một lớp trắng, lưỡi dần dần trở nên đỏ từ ngoài vào trung tâm.

Ở vị trí các chi dữ dội hơn có thể kéo dài đến 30 ngày, vẩy không lây.

Điều trị sớm bằng penicillin, làm ngắn biến diễn, làm giảm cường độ phát ban và thời kỳ bong vẩy.

Hiếm tái phát và bị lại.

Ngoài các biến chứng chung của viêm họng liên cầu, biến diễn đôi khi có các biến chứng đặc hiệu:

- Viêm thận sớm xảy ra trong tuần đầu, do độc tố, thường âm ỉ (đái ra protein) hoặc hiếm hơn kiểu viêm thận đái ra máu, phù và đái ít. Khỏi không di chứng.
- Thấp khớp sớm cũng do độc tố kiểu đau đa khớp bán cấp các tứ chi, xảy ra trong 15 ngày đầu.

• Chẩn đoán: huyết đồ chỉ có giá trị hướng về bệnh: tăng bạch cầu với đa nhân trung tính và tăng nhẹ bạch cầu ưa acid.

Ngoáy họng trước khi cho kháng sinh có thể phân lập liên cầu A (hoặc G) không cho phép xác định tính chất gây độc.

Ngoài ra, ngoáy (-) không loại trừ chẩn đoán.

Cuối cùng tăng ASLO không hằng định và chậm.

• Điều trị: liệu pháp kháng sinh bắt buộc và như với viêm họng liên cầu nhẹ. Nghỉ tại giường và cách ly bệnh nhân là rất cần thiết (15 ngày). Tồn tại mầm bệnh (10-15% các trường hợp) phải điều trị lại. Theo dõi tim trong 4-6 tuần.

3. Nhiễm khuẩn da

a. Chốc lở

Viêm mủ da thường gặp, rất lây, chủ yếu ở trẻ em.

Nguồn gốc lúc đầu là liên cầu, thường bội nhiễm. Cư trú đặc biệt xung quanh mũi và miệng đặc trưng bởi xuất hiện các nốt phồng nhỏ ngứa chứa thanh dịch - máu vỡ nhanh vẩy dày, vàng như sáp ong. Khi lan có thể kèm theo sốt và hạch xung quanh.

s://myhanoi.com.vn/

Chốc hoại tử là 1 biến đổi của chốc lở do vệ sinh kém hoặc cơ địa chủ yếu hoặc nhiều loét da có mủ bọc một vẩy dày.

Điều trị: kháng sinh (penicillin V hoặc tốt hơn là synergistin trong 8-10 ngày) kết hợp điều trị tại chỗ (dung dịch Milian, eosin) khi thương tổn lan rộng.

b. Viêm mủ da, hăm các nếp (dưới vú, giữa 2 mông, sau tai). Bội nhiễm các vết thương, sẹo phẫu thuật.

Nhiễm ghẻ, chàm, thuỷ đậu, zona, v.v... có thể bội nhiễm liện cầu.

4. Nhiễm khuẩn huyết do liên cầu (ngoài các viêm nội tâm mạc và các nhiễm liên cầu sơ sinh).

Thường gặp và nặng trước thời đại kháng sinh. Các nhiễm khuẩn huyết do liên cầu, ngoài các viêm màng trong tim, trở nên hiếm và rất dễ chữa bằng penicillin.

a. Các mầm bệnh từ một cục tắc tĩnh mạch nhiễm khuẩn, hiếm hơn từ viêm mạch bạch huyết ở cạnh một ổ bệnh ở:

- Da: bỏng, viêm quầng, v.v... liên cầu A, hiếm C và G hoặc B.
- Tai - họng hoặc răng: liên cầu không xếp nhóm, hiện nay rất hiếm (ngoại lệ).
- Tiêu hoá, tiết niệu: hay gặp liên cầu nhóm D.
- Tử cung: ngoại lệ liên cầu A. Trong nhiễm liên cầu B sơ sinh, nhiễm khuẩn liên cầu thường ở người mẹ.
- Cuối cùng, ngoài sự sinh đẻ, hiện nay nhấn mạnh khả năng nhiễm khuẩn huyết liên cầu B trên các cơ địa, đặc biệt xơ gan.

b. Triệu chứng

Các dấu hiệu lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết: sốt cao, rét run, biến đổi tình trạng toàn thân, lách to, tăng bạch cầu đa nhân, phối hợp một số biểu hiện nổi bật của một nhiễm khuẩn liên cầu:

- Dấu hiệu da: phát ban kiểu tinh hồng nhiệt, ban xuất huyết chấm hoặc mảng, đôi khi lan rộng phát ban nổi phỏng - nốt mủ.
- Các dấu hiệu khớp: đau khớp, viêm khớp thanh dịch, hoặc mủ, tổn thương đặc biệt các khớp lớn.

Các khu trú di bệnh hiện nay hiếm nếu điều trị sớm.

s://myhanoi.com.vn/

c. Chẩn đoán sinh hoá

Cấy máu liên tiếp trên môi trường ái yếm khí trước lúc điều trị kháng sinh và lấy bệnh phẩm ở các cửa vào.

d. Điều trị

Penicillin G có hiệu quả. Tuy nhiên, đối với một số nhóm (D) nhậy cảm với penicillin ít hằng định, do đó cần phải nghiên cứu trước in vitro

- Penicillin G truyền liên tục liều lượng cao (500.000 đv/kg/ngày hoặc 30.000.000 đv/ngày) thường đủ đối với liên cầu A, C, G hoặc không xếp nhóm. ..
- Đối với các liên cầu D, nhậy cảm kém hơn penicillin G hoặc ampicillin, phối hợp với 1 aminosid.
- Thời gian điều trị khác nhau, tuỳ theo có hay không các khu trú thứ phát (3 - 6 tuần).
- Trường hợp dị ứng với bêtalactamin, dùng một glycopeptid độc nhất hoặc fosfomycin, rifamycin phối hợp với nhau hoặc với 1 aminosid.

5. Nhiễm khuẩn sơ sinh

Do liên cầu nhóm B, vi khuẩn hoại sinh các đường sinh dục phụ nữ (20-30% các phụ nữ cuối thai nghén).

Trẻ lây khi sinh. Một số phụ nữ, không có miễn dịch với liên cầu typ III và không truyền kháng thể bảo vệ cho thai.

a. Lâm sàng

- Các nhiễm khuẩn sớm, thường gặp, thấy trong 50% các ca trong 6 giờ đầu của đời sống và 90% các ca trong 3 ngày đầu. Thường tạo một bệnh cảnh suy hô hấp cấp có sốt với nhiễm khuẩn huyết và viêm màng não đôi khi biến chứng sốc.
- Các nhiễm khuẩn chậm: từ ngày thứ 3 hoặc thứ 4 của đời sống: ít gặp, biểu hiện bởi viêm màng não mủ, chậm hơn vẫn là các tổn thương xương khớp.

b. Chẩn đoán

Cấy máu liên tiếp và chọc dò nước não tuỷ ở trẻ sơ sinh và tìm liên cầu B trong bệnh phẩm lấy từ âm hộ.

s://myhanoi.com.vn/

6. Các nhiễm khuẩn khác

a. Viêm xương khớp

Căn nguyên liên cầu đứng vào hàng thứ yếu, sau tụ cầu, các viêm xương khớp không lao.

Đó là viêm khớp ngoại biên, viêm đĩa đệm, các khớp háng, hoặc viêm khớp cùng - chậu.

- Các viêm xương khớp của các viêm màng trong tim, đôi khi nổi bật.
- Các viêm khớp cùng - chậu sau đẻ: thường là liên cầu B
- Các viêm xương - khớp do liên cầu B của sơ sinh

b. Các nhiễm khuẩn não - màng não

- Các áp xe não, hay là đa vi khuẩn, thường chứa các liên cầu yếm khí và/hoặc không xếp nhóm (S.mitis, S.milleri...)
- Các viêm màng não do liên cầu (loại trừ liên cầu B mới sinh) rất hiếm sau viêm ổ tai - xương chũm, sau viêm màng trong tim hoặc chấn thương sọ.

c. Các nhiễm khuẩn màng phổi - phổi

- Tần suất khó xác định, bệnh cảnh lâm sàng là không đặc hiệu: bệnh phổi, bệnh màng phổi.

d. Các nhiễm khuẩn tiết niệu

Chủ yếu là các nhiễm khuẩn liên cầu D gây bệnh cảnh không đặc hiệu viêm thận - bể thận, viêm tuyến tiền liệt, viêm tinh hoàn - mào tinh.

B. BỆNH LÝ LIÊN CẦU KHÔNG GÂY MỦ

Một số bệnh, xác định rõ (thấp khớp cấp, viêm cầu thận cấp, múa giật).

Ít xác định hơn (thấp khớp sau viêm họng ở người lớn) là hậu quả của quá trình miễn dịch, dị ứng gây ra bởi các thành phần của các liên cầu (đặc biệt liên cầu A và một số tổ chức của cơ thể).

Các nhiễm khuẩn này có chung một số tính chất:

s://myhanoi.com.vn/

- Mầm bệnh không tham gia trực tiếp và không bao giờ thấy trong các thương tổn khi gây ra biến chứng xa - không bao giờ mưng mủ, nhưng viêm.
- Liên cầu từ một ổ ở da, răng, thường là họng hoặc TMH mà điều trị (hoặc không điều trị) không thanh toán được mầm bệnh: điều trị quá ngắn hoặc không đúng cách
- Các biểu hiện lâm sàng luôn luôn xuất hiện sau thời gian tự do từ một đến nhiều tuần sau nhiễm khuẩn lúc đầu và trong giai đoạn này thường mầm bệnh đã mất.

Nhiễm khuẩn có thể đi qua nhanh và các biến chứng của chúng xuất hiện như tiên phát.

- Hội chứng viêm lâm sàng và sinh hoá hằng định

1. Thấp khớp cấp

a. Thể cổ điển: ***bệnh Bouillaud*** rất hay gặp ở các nước mà trình độ vệ sinh kém.

Các trẻ có tiền sử thấp khớp cấp hoặc của một gia đình có RAA. Bệnh luôn luôn phát triển sau một nhiễm khuẩn liên cầu họng.

- 15-20 ngày sau một viêm họng không biết hoặc điều trị không đủ, đôi khi sau một nhiễm khuẩn họng tiềm tàng phát triển viêm đa khớp cấp có sốt. Các khớp này đau, sưng lên, nóng với da đỏ khi nhìn.

Không có hạch xung quanh, khỏi không để lại di chứng.

Sốt, hằng định, mỗi đợt sưng khớp lại sốt lên

Các dấu hiệu da hiếm, nhưng lại rất quan trọng: phát ban, không ngứa, các cục Meynet như hạt chì.

Các rối loạn không hằng định của dẫn truyền nhĩ thất với PR kéo dài và phân ly nhĩ - thất không hoặc hoàn toàn. Các dấu hiệu này có giá trị khỏi trong vài ngày.

Diễn biến: nếu điều trị đủ, sốt và các viêm khớp khỏi trong vài ngày. Đấy là trong tuần đầu nhất là nếu tổn thương khớp kín đáo (nhẹ) có thể xảy ra một định xứ tim.

- Viêm tim thấp khớp (cardite rhumatismale):
  - Càng hay gặp nếu bệnh nhân càng trẻ, xảy ra trong 75% các trường hợp trong tuần đầu.

Có khi là bệnh cảnh lâm sàng của thấp khớp cấp

s://myhanoi.com.vn/

Khi không có biểu hiện lâm sàng nào, các dấu hiệu toàn thể và sinh hoá là của bệnh viêm hậu liên cầu.

- Viêm có thể đơn độc hoặc đồng thời tổn thương một nơi khác
- Viêm màng ngoài tim cấp: thường kín đáo về lâm sàng, chủ yếu biểu hiện bởi các biến đổi điện tâm đồ. Tiên lượng khả quan.
- Viêm cơ tim: phối hợp với các rối loạn nhịp kể trên, tiếng tim nhanh với tiếng tim mờ, các dấu hiệu cơ tim với tim to và đôi khi suy tim sung huyết. Có thể chết trong vài ngày hoặc vài tuần.
- Viêm màng trong tim thấp khớp: các tiếng tim mờ

Các dấu hiệu của hẹp hai lá chỉ trở nên quan trọng biểu hiện trong nhiều tuần hoặc tháng sau khi xuất hiện viêm tim.

Tiên lượng của các tổn thương nội tâm mạc luôn luôn dè dặt.

b. Các hội chứng hậu liên cầu hiện nay

+ Phối hợp 2 tiêu chuẩn chính: viêm đa khớp, viêm tim, múa giật, hạt dưới da.
+ Phối hợp 1 tiêu chuẩn chính và 2 tiêu chuẩn phụ: sốt, đau khớp, VSS tăng, khoảng PR tăng, tiền sử thấp khớp cấp, nhiễm khuẩn liên cầu mới, còn giá trị trong các nước đang phát triển. Trong các điều kiện này các tiền sử liên cầu xuất hiện như một tiêu chuẩn cần thiết cho chẩn đoán các hội chứng hậu liên cầu sau:

Các hình ảnh lâm sàng:

- Thấp khớp hậu viêm họng của người lớn: hiếm, thể hiện một bệnh cảnh viêm đa khớp sốt, xảy ra dữ dội. Tổn thương tim hiếm nhận thấy và thường không di chứng.
- Các viêm tim: có thể đơn độc, các dấu hiệu khớp chỉ xuất hiện thứ phát.
- Các hội chứng hậu liên cầu nhẹ hiện nay rất hay gặp: bệnh cảnh của đau đa khớp, sốt vừa, không có các dấu hiệu viêm cục bộ, không có ranh giới rõ ràng của viêm khớp.
- Các rối loạn nhịp tim riêng biệt: PR dài, các giai đoạn của Lucciani - Wenckebach.

s://myhanoi.com.vn/

- Các dấu hiệu viêm sinh hoá với nhiệt độ tăng nhẹ của viêm họng liên cầu, không có tất cả viêm hạnh nhân hoặc viêm xoang.

c. Chẩn đoán

Tính chất thường nhạt dần của các hội chứng hậu liên cầu hiện nay rất cần thiết cho xác định sinh hoá một bản chất viêm, và làm cho chứng cớ sinh hoá của một nhiễm khuẩn liên cầu dưới đây:

Các tiêu chuẩn của RAA và các hội chứng hậu nhiễm liên cầu:

- Huyết đồ: thiếu máu, tăng bạch cầu đa nhân trung tính
- Hội chứng viêm chính và hằng tính: tăng rõ của VSS, tăng α2 và γ globulin máu, tăng fibrin máu, tăng haptoglobin và protein C-réactive.
- Hội chứng liên cầu chứng tỏ một nhiễm khuẩn mới đây: tăng nhiều lượng ASLO, kháng NADase; không có liên cầu A trong họng, không cho phép một trường hợp nào loại trừ chẩn đoán.

d. Điều trị

Đợt cấp của thể điển hình RAA hoặc viêm tim:

- Nghỉ tại giường trong 3 tuần, cho đến 3-6 tháng trong trường hợp viêm tim nặng
- Prednison: 2mg/kg/ngày (không quá 80mg/ngày) cho đến khi VSS bình thường, rồi giảm dần dần trong những 10 ngày tiếp điều trị chống viêm.

Penicillin V: 1.000.000 đến 2.000.000 đơn vị/ngày trong 10 ngày.

Sau đó phòng bệnh kéo dài trong một thời gian bằng benzathin-penicillin (Extencilline) liều 1.200.000 đơn vị cứ 2 tuần một liều (600.000 đơn vị cho trẻ em < 6 tuổi).

Trong tất cả các trường hợp, các viêm họng - hạt hạnh nhân phải điều trị chống liên cầu ngay lập tức và kéo dài 15 ngày.

2. Viêm cầu thận cấp hậu nhiễm khuẩn liên cầu

Các chủng gây bệnh là một số chủng có tên gọi "sinh viêm thận liên cầu A".

a. Các trường hợp bệnh căn

Viêm cầu thận có thể sau

s://myhanoi.com.vn/

- Một nhiễm khuẩn niêm mạc (khoảng 10-12 ngày sau khởi đầu của bệnh), viêm họng, tinh hồng nhiệt, viêm tai, v.v..
- Hoặc da (khoảng sau 20 ngày): đặc biệt chốc lở, viêm mủ da, viêm quầng, ghẻ bội nhiễm...

Việc chỉ một số chủng sinh viêm thận giải thích viêm cầu thận cấp hay xuất hiện.

b. Lâm sàng

Tổn thương thận khởi đầu dữ dội, nổi bật bởi sốt và đau lưng. Ít ngày sau thể hiện một bệnh cảnh nổi bật phối hợp trong thể hoàn chỉnh: phù nổi bật ở mặt, chi dưới, tăng huyết áp thực tế hằng định, đái ít đôi khi đái ra máu vi thể ngắn ngày.

- Xét nghiệm nước tiểu xác định đái ra máu, thường trên 100.000 hc/min. Thường có suy thận
- Chẩn đoán dựa vào:

- Không có liên cầu khi xét nghiệm hầu hoặc da, không loại trừ chẩn đoán.
- Tăng tỷ giá của kháng thể huyết thanh mà tối đa đạt tới tuần thứ 3: các ASLO thường cao khi cửa vào là mũi, họng tăng không hằng định trong các nhiễm khuẩn da (có tăng các antinuclease B).

c. Điều trị

Chế độ kiêng muối khi có phù hoặc tăng huyết áp

Theo dõi mạch, huyết áp

Khi sinh liệu pháp kháng liên cầu không hữu hiệu với mục đích thanh toán liên cầu và phòng mắc lại, người ta cho 1-2 triệu đơn vị/ngày penicillin G hoặc V trong 14 ngày.

Điều trị phòng các tái phát, nhưng áp dụng với RAA không thích hợp.

3. Múa giật (chorée) cấp của sydenham

a. Các trường hợp xuất hiện

Sau viêm hầu do liên cầu A 1-6 tháng

Hay bị ở các em gái từ 5-15 tuổi, nhưng cả ở người lớn.

s://myhanoi.com.vn/

b. Lâm sàng

Xuất hiện các triệu chứng tăng dần

- Giảm trương lực cơ toàn thể mà cường độ có thể giống liệt.
- Tăng các cử động

Múa giật có thể lồng ghép trong một bệnh cảnh cổ điển của RAA

Huyết đồ và tỷ giá các kháng thể kháng liên cầu theo nguyên tắc bình thường.

4. Ban đỏ nút sau liên cầu

Thường gặp ở người lớn

Xác định căn nguyên liên cầu của ban đỏ nút khó. Do đó:

- Phát ban ít đặc hiệu, nhưng sốt và đau các khớp ít giá trị, viêm họng lúc đầu không có tính chất riêng biệt và phân lập liên cầu A ở khu vực họng không phải là chứng cớ (mang khoẻ mạnh).

Xảy ra *mắc lại* khoảng cách khác nhau, là một yếu tố biến diễn thường thấy:

- Biến diễn tự nhiên của một đợt ban đỏ nút tất cả giá trị với các test điều trị bởi các kháng sinh.

Thực tế, chẩn đoán dương tính dựa vào:

- Tăng rõ kháng thể liên tiếp cũng như phát hiện tăng mẫn cảm da với các kháng nguyên liên cầu.
- Tính chất mắc lại, sau các nhiễm khuẩn răng hoặc TMH mà bản chất liên cầu có thể xác định.
- Đặc biệt bởi sự khỏi của những mắc lại sau một ổ khởi đầu: viêm họng có hốc, viêm xoang.

NHIỄM KHUẨN DO PHẾ CẦU

Các nhiễm khuẩn do phế cầu là một vấn đề quan trọng đối với sức khoẻ chung vì tỷ lệ mắc bệnh và tử vong: chừng 1,5% bệnh nhân nhập viện, 8% tử vong.

s://myhanoi.com.vn/

Trong một số vùng (Nam Phi, Mỹ, Tây Ban Nha) tỷ lệ % các chủng phế cầu kháng với penicillin tăng đều đặn vượt 10%, ở Pháp nhậy cảm với penicillin là nguyên tắc, tuy nhiên, một tỷ lệ tử vong chừng 20-60% tuỳ theo bệnh lý và cơ địa. Do đó cần phòng bệnh bằng vacxin chống phế cầu phối hợp với kháng sinh phòng bệnh kéo dài bằng penicillin đối với một số người có nguy cơ cao.

I. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

Phế cầu hay Streptococcus pneumoniae là một song cầu khuẩn gram dương, khác với các streptococcus khác là có một vỏ polysaccharid chịu trách nhiệm về khả năng gây bệnh của mầm bệnh chống lại thực bào. Các kháng nguyên polysaccharid cho phép xếp loại các phế cầu thành 84 nhóm huyết thanh và tạo thành cơ sở của tiêm phòng. Khả năng gây bệnh của chúng chủ yếu liên quan đến khả năng sinh sản và đến cấu trúc lý hoá của vỏ.

II. DỊCH TỄ HỌC

Có những trường hợp lẻ tẻ xảy ra trên toàn thế giới, nhất là về mùa đông và mùa xuân. Tuỳ theo kết quả điều tra, có từ 5 đến 70% số người mạnh khoẻ có phế cầu trong đường hô hấp.

Nhiễm phế cầu có thể thấy ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên tỷ lệ mắc bệnh cao:

- Ở người có tuổi > 65 tuổi và trẻ dưới 2 tuổi
- Trên các cơ địa đặc biệt: suy hô hấp mạn tính, suy tim, hội chứng thận của trẻ em, đái tháo đường không phụ thuộc insulin, xơ gan.

Trong nhiễm khuẩn HIV, giai đoạn phế cầu tham gia như một mầm bệnh.

- Ở những người cắt lách: nguy cơ các nhiễm phế cầu càng lớn nếu là một người trẻ và cắt lách, bất cứ nguyên nhân nào: cắt lách vì bệnh máu (bệnh Hodgkin, ban xuất huyết, tiểu cầu giảm không rõ căn nguyên, thiếu máu tan huyết) hoặc chấn thương; cắt lách chức năng đặc biệt là ở các hồng cầu hình liềm đồng hợp tử.
- Người ta có thể nói đến u tuỷ và tất cả các suy giảm miễn dịch.

s://myhanoi.com.vn/

Tỷ lệ tử vong của các nhiễm phế cầu còn cao: 20-60% nếu là vãng khuẩn huyết, viêm màng não 30%

Viêm phổi do phế cầu: 20%

Không có lách: 50%

Rất trầm trọng ở trẻ nhỏ, người già và ở những người bị suy giảm miễn dịch và những người không có lách.

III. LÂM SÀNG

A. NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP

Viêm phổi do phế cầu chiếm 50% viêm phổi do vi khuẩn.

1. Viêm phổi thuỳ cấp

Khởi đầu đột ngột, với các dấu hiệu toàn thân và chức năng: hội chứng viêm phổi khu trú khi thăm khám thực thể, mờ đồng đều 1 thuỳ hoặc 1 phân thuỳ, giới hạn rõ.

Mặc dù kháng sinh liệu pháp đúng đắn, tiên lượng càng nặng nếu có 1 hoặc nhiều tạng phối hợp, chẩn đoán chậm, từ ngày thứ 5 tổn thương nhiều thuỳ, cấy máu dương tính, bạch cầu hạ $<1000/mm^3$ hoặc rất cao $> 25.000/mm^3$

2. Viêm phế quản phổi

Đặc biệt ở người suy hô hấp hoặc sau cúm (người già), sởi. Ho, khạc đờm và sốt, về X quang có đặc trưng là những đám mờ như bông ở hai bên phổi, có hoặc không có phản ứng màng phổi. Viêm phế quản do phế cầu không có một đặc hiệu lâm sàng nào. Áp xe phổi hiếm, đặc biệt biến chứng của một viêm phổi không điều trị hoặc một nhiễm khuẩn huyết, báo hiệu bằng tăng bạch cầu đa nhân $> 20.000/mm^3$. Viêm màng phổi trong thể tiên phát rất hiếm.

B. NHIỄM KHUẨN KHU VỰC TMH

Viêm họng, viêm hạch hạnh nhân: ít gặp, rất nhậy cảm với bêtalactamin

s://myhanoi.com.vn/

Lan tại chỗ đặc biệt ở trẻ em là nguồn gốc viêm tai, viêm xoang, viêm xương chũm (phế cầu chiếm 20-30% các căn nguyên vi khuẩn, hàng thứ hai sau H.influenzae), nặng do các biến chứng nhiễm khuẩn huyết và đặc biệt viêm màng não.

C. NHIỄM KHUẨN NÃO - MÀNG NÃO

Viêm màng não do phế cầu, thường thứ phát sau chấn thương đáy sọ, một ổ TMH kế cận (viêm tai, viêm xoang, viêm xương chũm), sau một nhiễm khuẩn huyết, đặc biệt ở người cắt lách. Khởi đầu dữ dội, các dấu hiệu thần kinh trung ương thường gặp. Tỷ lệ tử vong cao (30%), các di chứng thần kinh hay gặp và nặng.

D. NHIỄM KHUẨN HUYẾT

Thường thứ phát sau một viêm phổi, hay biến chứng di bệnh nhiều nơi, đặc biệt các màng (mãng não, khớp, phúc mạc, màng tim..)

Chúng có thể diễn biến với bệnh cảnh của một ban xuất huyết kịch phát, điều trị không kết quả, chủ yếu là những người cắt lách và suy giảm miễn dịch.

E. CÁC NHIỄM KHUẨN HIẾM

Viêm phúc mạc tiên phát gặp ở trẻ em, xơ gan, hoặc còn biến chứng một hội chứng thận, với bệnh cảnh viêm phúc mạc cấp cấy máu dương tính.

Điều trị chủ yếu nội khoa

IV. CHẨN ĐOÁN

- Phân lập mầm bệnh cấy máu, nước não tuỷ, mủ viêm tai, viêm xương, chất đờm...
- Phát hiện các kháng nguyên polysaccharid bằng miễn dịch hoặc ngưng kết các latex nhậy cảm, từ máu, nước não tuỷ, chất khạc đờm, nước tiểu, cho phép sau vài phút đến vài giờ chẩn đoán gián tiếp đôi khi rất ích lợi nếu nhiễm khuẩn đã được điều trị.

Nhưng các kỹ thuật này không đặc hiệu và cho kết quả nhầm lẫn.

s://myhanoi.com.vn/

V. ĐIỀU TRỊ

- Penicillin G (CMI là 0,01mcg/ml) cũng như ampicillin hoặc amoxycillin (CMI như vậy) càng ngày càng thấy có nhiều chủng kháng thuốc.
- Trường hợp dị ứng với penicillin, người ta có thể dùng hoặc cephalosporin thế hệ 3, ít có phản ứng dị ứng chéo, hoặc dùng macrolid như erythromycin (50mg/kg/24h) biết rằng 15 đến 20% các chủng kháng với macrolid.
- Trường hợp nhiễm khuẩn huyết, viêm màng não: penicillin G cho tĩnh mạch trực tiếp cứ 3 giờ, liều 20-40 triệu đơn vị/ngày ở người lớn, 500.000 đơn vị/kg ở trẻ em.
- Viêm phổi, viêm tai giữa liều thấp hơn 4-15 triệu đơn vị/ngày tuỳ theo nặng, nhẹ và cơ địa.
- Trường hợp nhậy cảm với penicillin kém (CMI giữa 0,1 và 1mcg/ml) cho cephalosporin thế hệ 3 tác dụng đều hơn, đặc biệt trong điều trị các viêm màng não.
- Trường hợp kháng thực sự (CMI ≥ 1mcg/ml). Kháng sinh tốt nhất là vancomycin.

VI. PHÒNG BỆNH

Trong một số trường hợp dùng vacxin phối hợp với penicillin dài ngày.

Vacxin, typ polysaccharid vi khuẩn gồm:

Các kháng nguyên polysaccharid của 23 nhóm huyết thanh thường gặp trong bệnh lý, tiêm dưới da hoặc tiêm bắp, cho tỷ lệ bảo vệ chừng 80%.

Chỉ định vacxin

- Ở người lớn
  + Bệnh mạn tính tim mạch hoặc hô hấp
  + Người không có lách, bệnh Hodgkin, đa u tuỷ xương, xơ gan, ghép thận, đái tháo đường không phụ thuộc insulin
  + Ở người trên 65 tuổi
- Ở trẻ > 2 tuổi: cắt lách, hội chứng thận hư, suy giảm miễn dịch
- Trường hợp đặc biệt:

s://myhanoi.com.vn/

+ Nguy cơ nhiễm phế cầu cao ở phụ nữ có thai, cần dùng vacxin trước khi có thai.
+ Trường hợp cắt lách hoá trị liệu hoặc radio trị liệu, ít nhất 15 ngày trước lúc điều trị.
+ Trong một số chỉ định (cắt lách, bệnh Hodgkin) phòng bệnh kéo dài, đôi khi cả đời, penicillin chậm (Extencilline) phối hợp với tiêm chủng.

NHIỄM KHUẨN DO MÀNG NÃO CẦU

Màng não cầu là những vi khuẩn gram âm và chỉ gây bệnh cho người, hay gặp là viêm màng não và nhiễm khuẩn huyết.

I. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

Mãng não cầu (Neisseria meningitidis hay N.intracellularis) là song cầu khuẩn hình hạt cà phê nhuộm gram âm, hiện nay được phân thành 9 nhóm huyết thanh: A,B,C,D,X,Y,Z,W135 và 29E dựa vào các polysaccharid của vỏ. Màng não cầu kém chịu đựng với ánh sáng và thuốc sát trùng, thường chết nhanh ở ngoại mô.

II. DỊCH TỄ HỌC

Sự lây truyền do tiếp xúc trực tiếp từ những giọt nhỏ nước miếng hoặc chất nhớt mũi - họng của những người lành mang mầm bệnh. Mầm bệnh có trong họng của người mạnh khoẻ tạo miễn dịch đặc hiệu giải thích tỷ lệ phát hiện cao viêm màng não ở trẻ em và người còn trẻ.

Từ cửa vào, chủ yếu là họng (thể hiện viêm họng hoặc không) mầm bệnh vào màng não qua một vãng khuẩn huyết hoặc một nhiễm khuẩn huyết thực sự. Mệt nhọc, chấn thương thần kinh, sống trong điều kiện vệ sinh không đảm bảo, nhiễm khuẩn, virus tạo điều kiện thuận lợi. Cuối cùng thiếu yếu tố C6,C7 và C8 của bổ thể tăng tần suất và sự nặng của nhiễm màng não cầu.

s://myhanoi.com.vn/

Ở khí hậu ôn đới, viêm màng não gây dịch địa phương (tỷ lệ bệnh mới phát hiện 4/100.000 người dân) tăng lên vào mùa đông - xuân; trái lại ở châu Phi, Nam Mỹ, thường gây dịch lớn trên một nền dịch địa phương cao (khoảng 25 trường hợp trên 100.000 dân mỗi năm ở châu Phi khu vực Soudan và Sahara).

Có xu hướng tăng ở nhiều nước, y học đã phân lập được nhiều nhóm và typ huyết thanh mới, các mầm bệnh kháng sulfamid và một số kháng sinh.

III. LÂM SÀNG

A. VIÊM MÀNG NÃO

Với tất cả các dấu hiệu lâm sàng của các viêm màng não vi khuẩn kèm thêm các dấu hiệu nổi bật của căn nguyên màng não cầu:

- Tần suất 60% của một *ban xuất huyết, đốm xuất huyết* trong 28% các trường hợp, lan tràn 24%, hoại tử 10%.
- *Hôn mê:* sau lúc vào viện 40% bệnh nhân, ngoài ra một số có co giật toàn thân, hiếm hơn liệt dây thần kinh sọ và tứ chi.
- *Tình trạng sốc* kéo dài 12%, các dấu hiệu màng não ở hàng thứ yếu, lu mờ bởi tình trạng nặng của hội chứng nhiễm độc nhiễm khuẩn, chọc dò nước não tuỷ thấy nước trong, phản ứng tế bào nhẹ, nhưng song cầu khuẩn gram âm rất nhiều (sau đó nước não tương trở nên đục).
- Hiếm có đau khớp hoặc viêm khớp rồi viêm màng ngoài tim có mủ.

Phân lập mầm bệnh từ LCR và/hoặc máu xác định chẩn đoán

Phát hiện kháng nguyên vi khuẩn trong nước não tuỷ bằng miễn dịch đối lưu.

Có thể có ích trong trường hợp cấy - và/hoặc điều trị kháng sinh trước.

Biến diễn khả quan trong 80% trường hợp, nếu được điều trị với di chứng 10% trường hợp (nghe kém hoặc điếc một hoặc 2 bên, liệt mắt, mặt, teo não với não úng thuỷ giảm tinh thần).

Mặc dù tiến triển khả quan của quá trình nhiễm khuẩn, các biểu hiện loại miễn dịch có thể xảy ra hậu phát, kiểu viêm các khớp lớn (đầu gối...) và/hoặc viêm màng ngoài tim, kháng sinh

s://myhanoi.com.vn/

không nhạy cảm, nhưng tác động trở lại khả quan với các kháng viêm. Các viêm mạch máu với depot C3, IgM - IgG và các KN màng não cầu rất hiếm.

Tiến triển còn tử vong trong 10-12% trường hợp, bởi sốc nhiễm khuẩn, ban xuất huyết tối cấp, cơn động kinh, tụ máu dưới màng cứng.

B. NHIỄM KHUẨN HUYẾT DO MÀNG NÃO CẦU

- Có hay không kèm theo một viêm màng não, rõ ràng hay tiềm tàng. Các dấu hiệu toàn thể, chứng tỏ lan tràn mầm bệnh, nổi bật dấu hiệu lâm sàng, làm tổn thương màng não. Rất nhanh hình thành một bệnh cảnh lâm sàng phối hợp.
  + Sốt 40°C hằng định
  + Nhức đầu thường kèm nôn, ỉa chảy
  + Các dấu hiệu của sốc (tím tái đầu chi, hạ huyết áp...)
- Ban xuất huyết lan tràn trong vài giờ, đốm xuất huyết, nhưng thường tiến triển rất nhanh thành mảng xuất huyết lớn, hoại tử xen kẽ các nốt phỏng chứa mầm bệnh. Tối đa là bệnh cảnh của ban xuất huyết tối cấp với tình trạng sốc.
- Thái độ: chuyển ngay lập tức đến khu vực hồi sức: người ta tìm thấy ngay các dấu hiệu của đông máu nội mạch rải rác có trong 50-70% các trường hợp ngoài việc tìm mầm bệnh (trong nước não tuỷ và các nốt phỏng).
- Các yếu tố tiên lượng xấu: ban xuất huyết lan nhanh, tình trạng sốc, hôn mê, toan chuyển hoá.

C. CÁC BIỂU HIỆN ĐẶC BIỆT (NGOẠI LỆ)

Đó là các viêm nội tâm mạc, viêm phổi tiên phát (nhất là typ huyết thanh γ và W135).

IV. ĐIỀU TRỊ

A. VIÊM MÀNG NÃO

Ampicillin (200mg/kg ở trẻ em, người lớn: 12mg/ngày - 6 mũi. IV chậm cứ 4 giờ cho 2 gam).

Trường hợp dị ứng bêta lactamin, cho thiophenicol (50mg/kg/ngày, với 3 mũi IV hoặc IM) hoặc cephalosporin thế hệ 3 (với dị ứng chéo có thể trong 5% trường hợp).

Thời gian điều trị trung bình 10 ngày.

s://myhanoi.com.vn/

B. NHIỄM KHUẨN HUYẾT MÀNG NÃO CẦU

Trước hết điều trị sốc nhiễm khuẩn

Kháng sinh như viêm màng não

V. PHÒNG BỆNH

A. VACXIN KHÁNG MÀNG NÃO CẦU

Hiện nay sử dụng vacxin bản chất polysaccharid hoặc đa giá (đối với nhóm huyết thanh A và C) hoặc đơn giá A hoặc C.

Dùng một mũi tiêm dưới da hoặc bắp thịt; không áp dụng với trẻ < 6 tháng tuổi.

- Chỉ định hiện nay: có dịch địa phương cao A hoặc C.
- Tiêm chủng hàng loạt khi có dịch nhóm A hoặc C (châu Phi, Nam Mỹ).

Trong quân đội, tiêm chủng thực hiện ngay trong đơn vị có trường hợp đầu tiên, đó là C hoặc A.

B. HOÁ PHÒNG BỆNH

Người tiếp xúc với bệnh nhân cho rifampicin trong 2 ngày với liều:

- Người lớn: 600mg, 2 lần/ngày
- Trẻ em: 1 tháng - 12 tuổi: 10mg/kg, 2 lần/ngày

< 1 tháng: 5mg/kg, 2 lần/ngày

C. NGHỈ HỌC, NGƯỜI TIẾP XÚC KHÔNG BẮT BUỘC

NHIỄM KHUẨN HUYẾT VI KHUẨN GRAM ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn gram âm hiện nay trở thành một vấn đề quan trọng trong bệnh lý nhiễm khuẩn bởi 3 lý do:

s://myhanoi.com.vn/

1. Về tần suất là nhiễm khuẩn huyết hay gặp

2. Về điều kiện xuất hiện thường xảy ra như là biến chứng do điều trị ở các bệnh nhân nội hoặc ngoại khoa mắc một bệnh bản thân đã nặng rồi.

3. Tiến triển nặng liên quan đến

- Các mầm bệnh kháng với các kháng sinh thông thường
- Nguy cơ hay gặp một biến chứng đáng sợ là sốc nội độc tố.

II. BỆNH CĂN

1. Tác nhân gây bệnh

Các mầm bệnh chính thuộc họ các Enterobacteries (Escherichia coli, Klebsiella, Enterobacter, Serratia, Proteus...) hoặc các họ khác: Pseudomonas aeruginosa (pyocyanique), Acinetobacter...

2. Cửa vào

Các phương pháp hiện đại để thăm dò và điều trị đã làm tăng cửa vào, tần suất thay đổi tuỳ theo các chuyên khoa:

a. Hay gặp nhất là tiết niệu: mổ thận

b. Tiêu hoá: thứ phát sau các loét ruột, nhiễm khuẩn đường tiêu hoá (viêm ruột thừa, ung thư, viêm trực tràng chảy máu, đại tràng sigma nhiễm khuẩn), tổn thương do chấn thương ruột. Nhiễm khuẩn huyết nguồn gốc mật: viêm đường mật do sỏi, tắc do K bóng Vater hoặc tuỵ. Ở người xơ gan, nhiễm khuẩn tự phát hoặc xảy ra sau chọc dò cổ trướng, các mầm bệnh ở ruột vào tuần hoàn chung dễ dàng bởi có rẽ tắt dòng (shunt) cửa chủ.

c. Ở da (loét, bỏng)

d. Sản phụ khoa: chủ yếu do phá thai (nhấn mạnh yếu tố thuận lợi của nạo phá thai không vô trùng, không có kháng sinh bảo vệ) hiếm hơn, phẫu thuật hoặc sử dụng các dụng cụ trên đường sinh dục nhiễm khuẩn (ung thư tử cung, nhiễm khuẩn phần phụ).

e. Cần nhấn mạnh tần suất càng ngày càng tăng ở khu vực hồi sức cấp cứu: ống thông tĩnh mạch, thông bàng quang cố định, mở khí quản hoặc đặt nội khí quản, vết thương do bộc lộ tĩnh mạch,

s://myhanoi.com.vn/

các kỹ thuật làm tăng thêm nguy cơ nhiễm khuẩn huyết sau khi truyền máu hoặc dung dịch.

Nói chung, phần lớn các nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn gram âm nguồn gốc là do điều trị.

3. Yếu tố thuận lợi

- Dùng kháng sinh phổ rộng khi điều trị bao vây làm mất thăng bằng bình thường của vi khuẩn chí đường hô hấp và đường ruột do tăng các vi khuẩn gram dương và chọn lọc các vi khuẩn kháng thuốc.
- Có sự lây chéo của các mầm bệnh từ bệnh nhân này sang bệnh nhân khác bởi nhân viên y tế.
- Cuối cùng cơ địa thiếu hụt tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát triển của các nhiễm khuẩn huyết và làm nặng thêm. Nói chung đó là các bệnh nhân suy yếu bởi một bệnh nặng từ trước và trong nhiều trường hợp điều trị nội khoa tấn công (các kháng sinh, corticoid, các thuốc ức chế miễn dịch, các thuốc kháng chuyển hoá, điều trị phóng xạ) làm giảm sức đề kháng của cơ thể.

Tóm lại

Theo Ewing và Edwards (1960) sắp xếp vi khuẩn gây bệnh thành 2 họ lớn: Enterobacteries và Pseudomonas và các họ khác. Các Enterobacteries là loại hay gặp nhất (66%). Trong họ này Escherichia coli lại hay gặp nhất (50% các Enterobacteries) rồi đến Klebsiella, Enterobacter, Serratia và Proteus.

Tỷ lệ các vi khuẩn có liên quan đến cửa vào của nhiễm khuẩn. Về tiết niệu tỷ lệ cao với colibacille, đơn vị hồi sức (nhiễm khuẩn do mở khí quản) hoặc biến chứng sau mổ: tỷ lệ cao với nhóm Klebsiella, Enterobacter, Serratia và Proteus (chừng 20% và 25%) hơn là do colibacille (18%).

III. DỊCH TỄ HỌC

Ngày nay nhiễm khuẩn huyết do trực khuẩn gram âm xảy ra chủ yếu tại bệnh viện: nhiễm khuẩn có thể đã có trước khi được nhập viện hoặc mắc phải tại bệnh viện.

s://myhanoi.com.vn/

Nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn gram âm đặc biệt hay gặp và trầm trọng ở những bệnh nhân mà các cơ cấu miễn dịch đã bị suy yếu. Đồng thời sự chỉ định rộng rãi và mù quáng các kháng sinh góp phần làm phát sinh những chủng vi khuẩn kháng kháng sinh và do đó, tạo điều kiện thuận lợi cho nhiễm khuẩn huyết và việc điều trị sẽ rất khó khăn.

IV. LÂM SÀNG

Các biểu hiện lâm sàng của nhiễm khuẩn huyết vi khuẩn gram âm có thể sắp xếp thành 2 loại:

1. Các biểu hiện chung các nhiễm khuẩn huyết viêm tắc tĩnh mạch và sau đó các định xứ nội tạng phối hợp làm phong phú bệnh cảnh lâm sàng.
2. Sốc nội độc tố hay sốc nhiễm khuẩn biểu hiện nguồn gốc riêng biệt cho nhiễm khuẩn huyết vi khuẩn gram âm gặp với một tần suất khá cao và làm tiên lượng thêm đen tối ở một bệnh đã nặng.

A. TÌNH TRẠNG NHIỄM KHUẨN HUYẾT

a. Thường dễ chẩn đoán: ít có các triệu chứng riêng biệt phân biệt các nhiễm khuẩn huyết vi khuẩn gram âm với các nhiễm khuẩn huyết khác. Dễ nhận biết khi nhiễm khuẩn huyết xảy ra trên một bệnh nhân không có một bệnh nặng từ trước (ví dụ nhiễm khuẩn huyết sau đẻ).

Khởi đầu dữ dội với rét run, sốt cao 39-40^{o}C. Sốt thường dao động hơn là hình cao nguyên với các dấu hiệu kèm theo: mạch nhanh, tình trạng chung biến đổi nhiều hoặc ít, đái ít, đôi khi rối loạn ý thức. Lách to và bạch cầu đa nhân tăng một cách hằng định.

Tuy nhiên một số tác giả nhấn mạnh hay gặp là ỉa chảy và tăng thông khí với kiềm hô hấp, triệu chứng gợi ý đặc biệt của nhiễm khuẩn huyết vi khuẩn gram âm.

Thực tế ngoài các trường hợp có căn nguyên đặc biệt, phải xác định mầm bệnh mới xác định chẩn đoán, do đó phải cấy máu liên tiếp thực hiện trước khi điều trị kháng sinh và hoàn chỉnh bằng lấy bệnh phẩm cấy vi khuẩn ở cửa vào mỗi khi có thể (nước tiểu, phân, mủ, ống thông tĩnh mạch).

s://myhanoi.com.vn/

b. Trái lại khó chẩn đoán sớm ở bệnh nhân nặng (đặc biệt đó là trường hợp các nhiễm khuẩn huyết tại bệnh viện).

Khó chẩn đoán không chỉ vì bệnh tiên phát đã có thể giải thích sốt, mà vì chênh lệch nhiệt độ thường không được chú ý, nhiều khi tăng nhiệt độ được thay bằng hạ nhiệt độ, có thể xảy ra ở những người có cơ cấu miễn dịch bị suy giảm, ở người già và trẻ sơ sinh. Đôi khi biểu hiện da lạnh và chỉ nhiệt độ ở trực tràng là tăng cao.

Do đó cần thiết phải cấy máu ở các bệnh nhân khi có sốt hoặc hạ nhiệt độ không giải thích được bởi vì chỉ có cấy máu mới phát hiện sớm tình trạng nhiễm khuẩn huyết.

B. CÁC ĐỊNH XỨ THỨ PHÁT

Cũng như tất cả các nhiễm khuẩn huyết viêm tắc tĩnh mạch, các nhiễm khuẩn huyết vi khuẩn gram âm có thể có các định xứ nội tạng nhiễm khuẩn, được chẩn đoán hoặc sớm từ khi khám lần đầu tiên, có thể phát hiện, hoặc thứ phát trong khi bệnh tiến triển.

Các định xứ có tiên lượng xấu khi chúng ở phổi, nội tâm mạc hoặc màng não - não.

1. Các biểu hiện ở phổi

Các nghẽn mạch phổi nhiễm khuẩn thường tiếp theo một viêm tắc tĩnh mạch vùng tĩnh mạch chủ (ví dụ nhiễm khuẩn huyết nguồn gốc tử cung).

Bệnh cảnh lâm sàng và X quang là bệnh cảnh rõ ràng nhiều hay ít của một nghẽn mạch phổi (emboliepulmonaire). Các tổn thương có thể tiến triển đến mưng mủ, có hay không kèm theo tràn dịch màng phổi phản ứng hoặc mủ, đôi khi biểu hiện rất lu mờ. Các bệnh nhân cần được theo dõi X quang đều đặn.

Mặc dù điều trị kháng sinh đúng đắn, các nghẽn mạch nhiễm khuẩn này tái đi tái lại, do đó cần tìm ra một ổ nhiễm khuẩn tồn tại và có thể can thiệp ngoại khoa trên ổ nguồn gốc này bằng thực hiện một thắt tĩnh mạch.

Hiếm hơn là một ổ viêm phổi hoặc viêm phế quản phổi, cần phân biệt với viêm phổi tiên phát cửa vào của nhiễm khuẩn huyết (đặc biệt ở các bệnh nhân mở khí quản và hô hấp hỗ trợ).

s://myhanoi.com.vn/

2. Các biểu hiện viêm nội tâm mạc (viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn).

Xuất hiện tăng dần, các viêm nội tâm mạc do trực khuẩn gram âm có thể ghép trên một tim đã có tổn thương từ trước nhưng cũng có thể trên một tim khoẻ mạnh nhờ có sự đột nhập nhiều và liên tiếp các mầm gây bệnh vào tuần hoàn.

Mặc dù kháng sinh trị liệu có tác dụng diệt khuẩn đúng đắn và không có các ổ nhiễm khuẩn khác, cấy máu còn dương tính.

a. Các viêm nội tâm mạc của tim trái: nói chung chẩn đoán dễ: các dấu hiệu khi nghe tim mới xuất hiện hoặc biến đổi mới đây, các dấu hiệu suy tim xuất hiện nhanh và điều trị thuốc trợ tim không kết quả, các nghẽn mạch nhiễm khuẩn rất nhiều của đại tuần hoàn.

b. Các viêm nội tâm mạc của tim phải: hiếm hơn nhưng khó chẩn đoán, thực tế các dấu hiệu suy van 3 lá thường kín đáo trên một bệnh nhân nặng nằm liệt giường.

3. Các biểu hiện ở gan

Các định xứ mưng mủ ở gan, thường gặp hoặc:

- Bằng đường tĩnh mạch khi ổ nhiễm khuẩn nguồn gốc ở vùng cửa hoặc
- Bằng đường ống mật nhỏ khi nhiễm khuẩn đường mật

Lâm sàng:

Vàng da: không hiếm. Thường là một vàng da đơn độc, xuất hiện lúc khởi đầu của nhiễm khuẩn huyết và tiến triển song song với tình trạng nhiễm khuẩn, ít khi gây tử vong.

Về sinh hoá, cổ điển là một vàng da kiểu ứ mật. Nhưng cũng thấy các dấu hiệu vừa suy tế bào gan và cả hoại tử tế bào gan.

Về cơ chế sinh lý bệnh của da vàng này không thống nhất: ngoài tổn thương tế bào gan do bản thân vi khuẩn, nhiều nguyên nhân khác nhiều hay ít tham gia vào: các biến đổi cấu trúc và huyết động liên quan đến thiếu oxy thứ phát ở gan, sau sốc nhiễm khuẩn, cản trở thải trừ bilirubin gây ra do suy thận - tăng sắc tố (tán huyết, truyền máu) hoặc còn do cản trở các đường dẫn mật ngoài gan.

s://myhanoi.com.vn/

4. Các biểu hiện thần kinh

Các viêm màng não mủ và áp xe não: vì tình trạng các bệnh nhân này nặng lên khó chẩn đoán, hay gặp sau khi phẫu thuật thần kinh và cấu thành đường vào.

Khi các dấu hiệu màng não âm tính, xét nghiệm nước não tuỷ cần thực hiện hệ thống trước tất cả các dấu hiệu thần kinh bất thường.

5. Các định xứ xương - khớp

Đó là các viêm đĩa đệm cột sống đặc biệt vùng thắt lưng và các viêm khớp có mủ.

6. Các định xứ da

Đó là định xứ đặc hiệu của nhiễm khuẩn huyết trực khuẩn mủ xanh và có tổn thương đặc hiệu ecthymagangreneux de Ehlers (chốc, loét hoại thư của Ehlers): các hội chứng, kích thước nhỏ, tròn, loét rất nhanh và có thể thấy bất kỳ nơi nào trên da.

7. Các biểu hiện thận

Có thể thứ phát của tổn thương nhu mô thận bởi bản thân vi khuẩn (viêm thận kẽ).

Thực tế các suy thận trong nhiễm khuẩn huyết vi khuẩn gram âm nêu lên các cơ chế phức tạp và lồng ghép nhiều trong khung cảnh các biểu hiện liên quan đến sốc nội độc tố.

Tất cả các thể suy thận có thể khỏi không di chứng nhưng đôi khi phải lọc ngoại thận nhiều tuần. Đó là trường hợp đặc biệt của viêm thận ống - kẽ trong đó các chức năng thận còn rối loạn lâu dài.

C. SỐC NỘI ĐỘC TỐ

Dấu hiệu sốc nhiễm khuẩn: giảm huyết áp, lo sợ, xanh tím, da xám nhạt, tứ chi lạnh, nhịp tim nhanh, nhịp thở nhanh hoặc thở sâu, đái ít, đôi khi có những dấu hiệu nhiễm acid chuyển hoá hoặc đông máu nội mạch rải rác, đốm xuất huyết, ban xuất huyết, hội chứng suy hô hấp cấp...

s://myhanoi.com.vn/

Về sinh lý bệnh sốc nhiễm khuẩn: các vi khuẩn bị tiêu diệt phóng thích ra nội độc tố làm tổn thương nội mô mạch máu và gây giãn mạch trong giai đoạn đầu tiên, tiếp theo làm co thắt các tiểu động mạch và tiểu tĩnh mạch tạo ra một tình trạng ứ đọng máu trong các mao mạch của phổi, của các nội tạng trong ổ bụng và của não nữa. Hậu quả là có sự mất cân đối giữa sự cung cấp và các nhu cầu về oxy (giảm oxy huyết) đồng thời đào thải các chất thải chuyển hoá không thoả đáng và bị tồn tích lại gây nhiễm acid.

Sốc nhiễm khuẩn thường hay đi kèm với những rối loạn về đông máu (đông máu nội mạch rải rác), suy hô hấp (phù và sung huyết ở phổi, xẹp, huyết khối mao mạch phổi) và suy thận tiệm tiến (hoại tử ống thận cấp).

V. CHẨN ĐOÁN

Nghĩ đến nhiễm khuẩn huyết:

Trong trường hợp có rét run, sốt và có một ổ nhiễm khuẩn rõ ràng.

Nếu không có sốt, phải nghĩ sốc nhiễm khuẩn nhất là đối với người già, trẻ sơ sinh trong trường hợp có giảm huyết áp, giảm niệu, nhịp thở nhanh hoặc thở nhanh sâu không có nguyên nhân rõ rệt.

Chẩn đoán phân biệt với:

- Nhồi máu cơ tim
- Tim bị ép do tràn dịch
- Phình mạch tách
- Xuất huyết nội

Xét nghiệm: chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết được khẳng định dựa vào kết quả cấy máu nhưng kết quả âm tính cũng không cho phép loại trừ. Thường có tăng bạch cầu và giảm tiểu cầu là phổ biến.

Nitơ và creatinin huyết đều tăng

Có dấu hiệu nhiễm acid chuyển hoá hoặc nhiễm kiềm hô hấp

VI. TIÊN LƯỢNG

Phụ thuộc vào nhiều yếu tố, nhất là đường vào của vi khuẩn. Các nhiễm khuẩn huyết xuất huyết từ da và phổi thường nặng hơn các nhiễm khuẩn huyết xuất phát từ đường niệu, mật hoặc ruột.

s://myhanoi.com.vn/

Tiên lượng đáng ngại nhất là vi khuẩn huyết tồn tại dai dẳng ở những người bị suy giảm miễn dịch.

VII. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị kháng sinh

Hướng dẫn chung của kháng sinh liệu pháp không thể máy móc, tuỳ theo sự nhậy cảm của từng chủng vi khuẩn, cấp cứu bắt buộc phải điều trị ngay lập tức trước khi có kết quả kháng sinh đồ và kết quả của sự phối hợp kháng sinh.

Phác đồ điều trị sẽ áp dụng chọn các kháng sinh về lý thuyết tác động trên các trực khuẩn gram âm và chú ý tới cơ địa và cửa vào, và sự nghiên cứu từ trước các tạp khuẩn của bệnh nhân. Ngoài ra số xác định về vi khuẩn thu được rất nhanh hướng dẫn chẩn đoán căn nguyên:

Đối với Pseudomonas là ái khí

Escherichia coli, Klebsiella thì lactose âm tính

Pseudomonas, Serratia thì lactose âm tính

Chỉ định kháng sinh liệu pháp cấp cứu có thể biến đổi tuỳ theo kết quả lâm sàng và kết quả vi khuẩn:

1. *Các nhiễm khuẩn mắc ngoài bệnh viện* và bệnh nhân không giảm đa nhân trung tính

- Cephalosporin thế hệ 3 + aminosid
- Fluoroquinolon + aminosid

2. *Các nhiễm khuẩn mắc ở bệnh viện* và bệnh nhân không giảm đa nhân trung tính:

- Cephalosporin thế hệ 3 + aminosid
- Fluoroquinolon + aminosid

3. *Pyocyanique* nghi ngờ, bệnh nhân có giảm đa nhân trung tính:

- Ceftazidim hoặc cefsulodin hoặc azlocillin hoặc imipenem hoặc ciprofloxacin + amikacin.

Ngoài ra có thể dựa vào sự hiểu biết về độ nhậy cảm và về tình hình kháng thuốc của các chủng tại chỗ của vi khuẩn liên quan có thể giúp cho sự chọn kháng sinh nếu không có kháng sinh đồ:

s://myhanoi.com.vn/

- Nếu không xác định được mầm bệnh thì có thể cho dùng Gentamicin 5-7mg/kg/ngày, tiêm tĩnh mạch.
- Nếu các mầm bệnh thể hiện kháng kháng sinh vừa kể thì dùng amikacin 15mg/kg tiêm bắp
- Nếu nghi ngờ nhiễm bacteroid thì có thể dùng chloramphenicol 1g cách 6-8 giờ một lần.

Trong khi chờ đợi kết quả kháng sinh đồ, sự lựa chọn kháng sinh ban đầu dựa vào vị trí của ổ nhiễm khuẩn.

- Đường niệu: ampicillin và/hoặc aminosid
- Phổi: cephalosporin và aminosid

Trong trường hợp nhiễm Pseudomonas cho thêm carbenicillin hoặc ticarcillin

- Da (bỏng): carbenicillin hoặc ticarcillin, kết hợp với aminosid
- Mật: ampicillin và aminosid

Thực tế, trước khi có kết quả sinh học, người ta phối hợp 2 kháng sinh diệt khuẩn bổ sung (ví dụ ampicillin, colistin hoặc cephalosporin, gentamicin với liều lượng cao lập tức), tuy nhiên đa số các kháng sinh này độc cho thận, do đó liều lượng phải thích nghi với tình trạng thận của các bệnh nhân và khi điều trị phải theo dõi rất chặt chẽ các chức năng thận.

Điều trị sẽ thay đổi theo kết quả của kháng sinh đồ và theo dõi ít nhất 3 đến 4 tuần.

2. Các biện pháp phối hợp

Điều trị cửa vào: có tầm quan trọng chủ yếu

Nếu đơn giản là loại bỏ thông bàng quang hoặc loại bỏ thông tĩnh mạch.

Trong trường hợp phức tạp, tế nhị hơn: đó là những người nhiều chấn thương phối hợp trong đó nhiễm khuẩn huyết gram âm thường do một tổn thương nội tạng không biết và đặc biệt là có nhiễm khuẩn sau mổ mà dấu hiệu tại chỗ (chứng tỏ tồn tại ổ nhiễm khuẩn) rất lu mờ. Để có hiệu quả, sự can thiệp ngoại khoa phải sớm và khi đã phát hiện sốc đòi hỏi phải có thời gian để điều chỉnh. Khi phát hiện một ổ viêm tắc tĩnh mạch nung mủ, cần phải cắt bỏ các tĩnh mạch huyết khối.

s://myhanoi.com.vn/

3. Điều trị sốc nhiễm khuẩn

Nhất thiết phải *duy trì sự thông khí:* oxy qua ống thông đặt vào mũi, mặt nạ, ống nội khí quản, hô hấp hỗ trợ

Đảm bảo khối lượng tuần hoàn (cho huyết tương hoặc các chất dịch khác), chú ý trương lực mạch máu (dopamin hoặc những catecholamin khác).

Các glucocorticoid (như metylprednison, dexamethason) không có ích lợi đã được chứng minh bằng thử nghiệm lâm sàng có kiểm định.

THƯƠNG HÀN

I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh thương hàn (bao gồm bệnh thương hàn và phó thương hàn) là một bệnh nhiễm độc - nhiễm khuẩn, lây theo đường tiêu hoá do trực khuẩn thương hàn (Salmonella typhi) và trực khuẩn phó thương hàn (Salmonella paratyphi) A,B, C gây nên.

II. BỆNH CĂN

A. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

- Do Samonella typhi hay trực khuẩn Eberth có ở khắp nơi trên trái đất.
- Do Salmonella paratyphi A hay gặp ở các nước nhiệt đới (châu Á, châu Phi)
- Salmonella paratyphi C thường thấy ở châu Á, đặc biệt ở vùng Viễn Đông, Việt Nam, Campuchia...

Các Salmonella là những trực khuẩn gram âm, di động.

Có ba loại kháng nguyên:

- *Kháng nguyên O* là kháng nguyên thân của vi khuẩn là nội độc tố đóng vai trò gây bệnh và chỉ giải phóng khi vi khuẩn bị phá huỷ.
- *Kháng nguyên H* là kháng nguyên lông của vi khuẩn

s://myhanoi.com.vn/

- *Kháng nguyên Vi* là kháng nguyên bề mặt thân vi khuẩn, chỉ có Salmonella typhi và paratyphi C.

Các kháng nguyên này kích thích cơ thể người bệnh hình thành các kháng thể tương ứng, do đó được dùng để chẩn đoán huyết thanh.

B. DỊCH TỄ HỌC

a. Nguồn bệnh: người là nguồn bệnh duy nhất trong thiên nhiên. Phân có vi khuẩn làm lan bệnh.

Người bệnh có thể bài tiết vi khuẩn ra ngoài cơ thể ngay từ tuần đầu và suốt trong thời kỳ bị bệnh, đặc biệt là những người lành mang mầm bệnh đóng vai trò đáng kể trong lan truyền bệnh. Có thể là những người mang mầm bệnh tạm thời, hay mang mầm bệnh mạn tính (3-5% người bệnh cũ) bài tiết vi khuẩn trong phân trong nhiều năm.

b. Cơ chế lây lan

- Lây trực tiếp do tay bẩn dính phân có vi khuẩn từ người bệnh nhưng chủ yếu là từ người mang mầm bệnh do vệ sinh kém.
- Lây gián tiếp thường gặp do nguồn nước uống bị nhiễm vi khuẩn gây bệnh, qua thực phẩm bị ô nhiễm. Ngoài ra bệnh còn lây truyền do các đồ dùng bị nhiễm bẩn, do ruồi nhặng mang mầm bệnh reo rắc.

III. SINH LÝ BỆNH

Là một nhiễm độc - nhiễm khuẩn, quá trình nhiễm khuẩn qua 3 giai đoạn:

1. Trực khuẩn qua ruột vào hạch mạc treo ruột và phát triển ở đó (giai đoạn nung bệnh).
2. Trực khuẩn vào máu (nhiễm khuẩn huyết theo đường bạch huyết). Trực khuẩn vào máu tăng dần, mức độ các triệu chứng lâm sàng càng ngày càng tăng. Tình trạng nhiễm khuẩn huyết này giải thích cấy máu dương tính, sốt, lách to, các dấu hồng ban.
3. Các trực khuẩn bị tiêu diệt giải phóng nội độc tố đầu độc các trung tâm thực vật của não giữa và thần kinh giao cảm ở bụng do đó có triệu chứng li bì, rối loạn thân nhiệt, truỵ tim mạch, và một số tổn thương ở ruột.

s://myhanoi.com.vn/

IV. LÂM SÀNG

A. THƯƠNG HÀN CỔ ĐIỂN *(vẫn còn gặp)*

1. Thời kỳ nung bệnh: 10-15 ngày

2. Thời kỳ khởi phát (tuần đầu). Các triệu chứng xuất hiện mức độ tăng dần:

- Sốt tăng dần về chiều, trong 4-7 ngày sốt tăng lên 39-40°C.
- Rối loạn tiêu hoá: chán ăn, buồn nôn, táo bón
- Rối loạn thần kinh: mất ngủ, nhức đầu dai dẳng, mệt nhọc càng ngày càng tăng.

Chảy máu cam một hoặc nhiều lần (không hằng định nhưng rất có giá trị).

Thăm khám: các triệu chứng chưa rõ rệt, cần chú ý lưỡi bẩn (có bựa) và hơi run.

3. Thời kỳ toàn phát (từ sau tuần thứ 2)

- Sốt hình cao nguyên
- Li bì, mệ lả, đuối sức, thờ ơ với ngoại cảnh. Thường kèm theo rối loạn tâm thần (nằm bất động, mê sảng, ít vật vã) đôi khi có các cử động bất thường như quờ quạng, tay bắt chuồn chuồn.
- Rối loạn tiêu hoá: chán ăn, lưỡi bẩn, đau bụng lan toả, tiêu biểu là ỉa chảy, phân lỏng, mùi khắm màu vàng hoặc nâu đỏ.
- Mạch không đi đôi với nhiệt độ, thường là chậm hơn

Thăm khám: các dấu hiệu nghi ngờ như:

- Bụng chướng, có dấu hiệu ùng ục hố chậu phải, lách to, mật độ mềm.
- Đôi khi kèm theo gan to

Các dấu hiệu chắc chắn giúp chẩn đoán:

- Nốt hồng ban to bằng đầu đinh ghim xuất hiện ở thành bụng mạng sườn, vùng thắt lưng, màu hồng nhạt, từng đợt không ngứa và mất khi ấn tay.
- Loét họng Duguet: nốt loét nhỏ trên cột thành trước của vòm họng.

s://myhanoi.com.vn/

Các nốt hồng ban và loét Duguet có giá trị chẩn đoán rất lớn thường xuất hiện từ ngày thứ tám của thời kỳ toàn phát.

4. Tiến triển: sau 2-3 tuần nhiệt độ hạ đột ngột hay từ từ theo hình bậc thang. Có khi trước lúc khỏi các triệu chứng nặng lên: nhiệt độ dao động mạnh trong vài ngày sau đó hết sốt.

Thời kỳ lại sức bắt đầu khi hết sốt 2 ngày. Bệnh nhân thấy đói và toàn trạng phục hồi dần.

B. THƯƠNG HÀN TỪ KHI CÓ CHLORAMPHENICOL

Nếu điều trị sớm từ tuần đầu: các triệu chứng lâm sàng không điển hình như trước, tiến triển nhẹ hơn.

Dùng kháng sinh điều trị, nhiệt độ hạ từ từ và đều đặn từ 2-7 ngày hết sốt và sau đó giảm dần các triệu chứng li bì, rối loạn tiêu hoá.

Thời kỳ lại sức ngắn hơn

Cấy phân 2 lần cách nhau 48 giờ âm tính xác định người lại sức không phải là người mang mầm bệnh.

Có thể xảy ra *tái phát* (3-10%) thường xuất hiện sau khi ngừng điều trị 10-15 ngày.

Cấy máu dương tính

Điều trị kháng sinh các triệu chứng khỏi nhanh

Do điều trị kháng sinh không đủ liều hoặc không đủ thời gian các vi khuẩn trú ẩn trong các hạch bạch huyết chui vào máu và gây sốt trở lại khi ngừng kháng sinh.

Vì vậy phải điều trị đủ thời gian quy định

V. CÁC THỂ LÂM SÀNG

1. Thể khởi đầu đột ngột như viêm phổi, viêm màng não, viêm thận.

Rất ít khi là bệnh cảnh của xuất huyết tiêu hoá hoặc thủng ruột đột ngột mở đầu.

s://myhanoi.com.vn/

2. Thể sốt kéo dài: do không có điều kiện làm xét nghiệm, điều trị kháng sinh mò, đường biểu diễn nhiệt độ trở nên dao động hoặc không đều, li bì mê sảng nhẹ hơn, rối loạn tiêu hoá không rõ, chỉ táo bón, có sốt, triệu chứng rõ nét nhất là sốt kéo dài.

3. Thương hàn ở trẻ còn bú: hiếm, biểu hiện một tình trạng nhiễm khuẩn huyết hoặc bệnh cảnh viêm dạ dày - ruột có thể gây mất nước cấp nếu không điều trị.

Thương hàn ở trẻ em: khởi đầu đầu đột ngột dữ dội, bằng dấu hiệu viêm màng não, viêm phổi, ít triệu chứng điển hình, mạch và nhiệt độ ít phân ly, sốt không đều. Thường táo hơn là ỉa chảy, li bì ít hơn người lớn.

VI. BIẾN CHỨNG

Do ảnh hưởng của kháng sinh:

- Biến chứng do vi khuẩn càng ngày càng ít chỉ gặp trong trường hợp chẩn đoán muộn, điều trị không đủ ngày.

Ngày nay ít thấy viêm đốt sống, viêm xương, màng xương sau thương hàn, viêm phổi - màng phổi.

- Biến chứng do nhiễm độc: kháng sinh không có tác dụng trên nội độc tố: xuất huyết liên tiếp, thủng ruột, truỵ tim mạch, viêm não...

Các biến chứng thường gặp:

1. Về tiêu hoá

a. Xuất huyết trong ruột: nhiều do loét một mạch máu, xanh nhợt, mạch nhanh, huyết áp hạ rồi đại tiện ra máu, nhiều khi không kịp điều trị. Xuất huyết ít, thường đi ngoài phân đen.

b. Thủng ruột

Thể kịch liệt, bệnh nhân tỉnh táo, có dấu hiệu điển hình ngoại khoa.

Thể âm ỉ: khó chẩn đoán vì bệnh nhân mê man, đau bụng không khu trú rõ rệt ở một nơi nào. Do đó phải theo dõi sát nếu sa sút nhanh chóng, nét mặt lo sợ hoảng hốt. Mất vùng đục trước gan.

Soi X quang tìm liềm hơi dưới cơ hoành

s://myhanoi.com.vn/

2. Về tuần hoàn

Truy tim mạch: nhiệt độ hạ, mạch nhanh. Tay chân lạnh. Bệnh nhân lả đi, vã mồ hôi.

Viêm cơ tim

3. Về thần kinh

Viêm não là biến chứng nguy hiểm nhất, làm tử vong nhiều nhất. Có thể xuất hiện ngay từ đầu và biểu hiện suốt thời kỳ bệnh diễn biến, hoặc chỉ là một hội chứng kèm theo các dấu hiệu khác của bệnh.

VII. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xét nghiệm

1. Có giá trị hướng về thương hàn: trước một nhiễm khuẩn huyết hoặc sốt kéo dài có thể nghĩ đến khi tốc độ huyết trầm bình thường hoặc hơi tăng, hạ bạch cầu (4000 - 5000), đa nhân trung tính giảm hoặc tăng bạch cầu không rõ ràng.

2. Có tính chất khẳng định

- Cấy máu trước khi dùng kháng sinh: lấy đủ số lượng máu 10ml, dương tính cao tuần đầu
- Cấy máu lúc khởi đầu của bệnh: dương tính kém hơn cấy máu
- Huyết thanh chẩn đoán Widal và Felix:

  Chưa tiêm phòng kháng thể O 1/100
  kháng thể H 1/200
  Đã tiêm phòng kháng thể O 1/200
  kháng thể H 1/400

  Tốt nhất là làm hai lần tìm động lực tăng lên của kháng thể.
- Huyết thanh chẩn đoán Vi chỉ dành cho Salmonella typhi và paratyphi C. Hiệu giá ngưng kết thấp 1/20-1/40, có giá trị dịch tễ học, tìm người lành mang vi khuẩn.

s://myhanoi.com.vn/

VIII. ĐIỀU TRỊ

1. Kháng sinh: chloramphenicol vẫn là thuốc điều trị thương hàn tốt nhất hiện nay.

Người lớn 1g-1,5g/ngày. Trẻ em 0,05g/kg/ngày

Dùng kháng sinh tiếp tục đủ thời gian: 10-15 ngày sau khi hết sốt hoặc tổng số thời gian dùng kháng sinh là 3 tuần. Nếu thời gian quá ngắn bệnh dễ tái phát.

Bệnh càng nặng liều lượng càng giảm, không dùng liều tấn công cao ngay từ đầu để tránh tai biến truỵ tim mạch do sự phân giải vi khuẩn đột ngột.

Giảm liều lượng hoặc ngừng khi có xuất huyết ruột, thủng ruột hoặc viêm não

Ngoài chloramphenicol có thể dùng:

Amoxycillin (hay ampicillin) tiêm tĩnh mạch có tác dụng tốt hơn uống: 2g/ngày, chia 4 lần x 14 - 21 ngày

Co-trimoxazol 80/400 mg 4 viên/ngày x 14-21 ngày.

Ngày nay người ta dùng cephalosporin thế hệ 3, ceftriazon 4g/ngày trong 5-10 ngày.

2. Điều trị triệu chứng

- Nhức đầu, mất ngủ: Sedusen 5mg x 2 viên/ngày
- Không dùng corticoid trong trường hợp thông thường, dùng cho các thể nặng với hội chứng nhiễm độc nặng.
- Ăn uống: khi đang sốt, ăn lỏng (sữa, nước súp, nước hoa quả). Khi hết sốt, nửa lỏng, nửa đặc (cháo thịt, cơm nát) trong 7 ngày, sau đó ăn chế độ bình thường.
- Cách ly người bệnh trong 1 phòng riêng có các dụng cụ y tế riêng như nhiệt kế, bô riêng, bát riêng.

IX. PHÒNG BỆNH

1. Tiêm chủng vacxin TAB nhất là ở những nơi bệnh còn gây dịch địa phương

Vacxin TAB của viện Pasteur: tiêm 3 mũi dưới da cách nhau 15 ngày. Sau một năm tiêm nhắc lại 1 mũi và sau 5 năm lại nhắc lại 1 lần nữa.

s://myhanoi.com.vn/

Ở Việt Nam dùng vacxin TAB phối hợp với vacxin tả. Tiêm trong da 3 lần mỗi lần 1/10ml cách nhau 7-10 ngày. Sau mũi tiêm thứ ba 15 ngày có miễn dịch cơ bản. Sau 6-12 tháng tiêm nhắc lại.

2. Phòng bệnh chung

Các biện pháp vệ sinh đóng vai trò hàng đầu như các bệnh đường ruột khác. Kiểm tra vệ sinh thực phẩm, vệ sinh phân nước rác, diệt ruồi.

Giáo dục và đẩy mạnh tập quán vệ sinh thường xuyên nhất là vệ sinh ăn uống.

NHIỄM ĐỘC NHIỄM KHUẨN THỨC ĂN

I. ĐỊNH NGHĨA

Do thức ăn chứa vi khuẩn hoặc độc tố của vi khuẩn gây bệnh cảnh nôn, ỉa chảy, nhiều người bị nếu cùng dùng thức ăn đó.

II. BỆNH CĂN

Tác nhân gây bệnh:

1. Salmonella: thường gặp

Hai chủng hay gặp nhất là: Salmonella typhi murium còn gọi là trực khuẩn Aertrycke, Salmonella enteritidis còn gọi là trực khuẩn Gartner.

Thức ăn còn sống hoặc nấu không chín mới gây bệnh vì liên quan đến phát triển các Salmonella.

2. Tụ cầu khuẩn

3. Các tạp khuẩn: Klebsiella, Proteus, Pyocyanique, Cl.perfringens, Enterococcus, Bacillus cereus, Campylobacter jejuni, Escherichia coli enterotoxinogene.

s://myhanoi.com.vn/

III. LÂM SÀNG

1. Nhiễm khuẩn Salmonella

- Nung bệnh từ 12 đến 24 giờ
- Khởi đầu dữ dội, sốt cao có thể từ 39-40°C, đau bụng, nôn, ỉa chảy

a. Ở người lớn khoẻ mạnh trong 2-3 ngày thì khỏi, dù điều trị hay không.

b. Ở người già yếu có thể kiệt nước, truỵ tim mạch

c. Ở trẻ em có thể chuyển thành nhiễm khuẩn huyết nặng, thể trạng li bì, mê sảng, chết.

* Chẩn đoán: hướng về do Salmonella khi thấy ỉa chảy hàng loạt có kèm theo sốt; cấy phân ngay từ đầu.

* Điều trị: chủ yếu điều trị triệu chứng, cho truyền dung dịch mặn, ngọt đẳng trương, nôn nhiều cho tiêm dung dịch mặn ưu trương 20ml vào tĩnh mạch, cho thuốc trợ tim, an thần.

Đau bụng dữ dội, tiêm atropin sulfat 1/4mg-1/2mg vào mông hoặc tĩnh mạch (không dùng cho trẻ em)

Kháng sinh: không bắt buộc, có thể dùng co-trimoxazol, fluoroquinolon.

2. Nhiễm độc tố tụ cầu khuẩn

Bệnh khởi đầu cũng đột ngột sau ăn khi thức ăn bị nhiễm tụ cầu 2-4 giờ: nôn, ỉa chảy, đau bụng dữ dội. Khỏi cũng nhanh

Khác loại trên ở chỗ nung bệnh ngắn, trung bình 2 giờ sau khi ăn, không sốt và hay gây truỵ tim mạch.

* Chẩn đoán: hướng về do tụ cầu khi gặp các triệu chứng như trên ở những người bị ỉa chảy, độc tố bền với nhiệt giải phóng khi vi khuẩn bị diệt là nguyên nhân gây bệnh cảnh lâm sàng.

Cấy phân không có giá trị, trái lại điều tra dịch tễ học đôi khi thấy thức ăn lây bệnh và tìm ra người làm thức ăn. Thức ăn bị nhiễm từ người có tụ cầu (mụn nhọt, lở loét, chín mé) hoặc do sữa của bò bị viêm vú do tụ cầu gây nên.

* Điều trị triệu chứng: chống các cơn đau bụng, tiêm truyền dung dịch mặn, ngọt, nhất là thuốc trợ tim, chống truỵ tim mạch.

s://myhanoi.com.vn/

3. Nhiễm tạp khuẩn của phân

Triệu chứng nhẹ hơn, đau bụng, đầy bụng, phân lỏng, mệt nhọc, phải bỏ việc một hai ngày.

Thường gặp ở những phòng ăn tập thể không được đảm bảo vệ sinh phân nước rác.

* Chẩn đoán: cấy phân, thấy nhiều tạp khuẩn phải nghĩ đến loại nhiễm độc nhiễm khuẩn này do phân và ruồi nhặng gây nên.

* Điều trị: như trên, tuỳ theo từng trường hợp.

LỴ TRỰC KHUẨN

I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh cấp tính đường ruột, lưu hành, hay gây dịch, rất lây, do các trực khuẩn Shigella gây nên. Biểu hiện lâm sàng là hội chứng lỵ với đau quặn bụng, mót rặn, đi ngoài nhiều lần, phân có chất nhầy như mũi và máu. Là một bệnh đường ruột hay gặp ở nước ta.

II. BỆNH HỌC

Tác nhân gây bệnh là những vi khuẩn thuộc giống Shigella có hình que ngắn, gram âm, bất động.

Có bốn loại gây bệnh:

- Shigella dysenteriae hay trực khuẩn Shiga (nhóm A)
- Shigella flexneri hay trực khuẩn Flexner (nhóm B)
- Shigella boydii (nhóm C)
- Shigella sonnei hay trực khuẩn Sonne (nhóm D)

Nói chung các loại này chỉ có nội độc tố, riêng Shigella shiga có ngoại độc tố, do đó nung bệnh nhanh, bệnh cảnh lâm sàng nặng, hiện nay ít gặp.

s://myhanoi.com.vn/

III. DỊCH TỄ HỌC

Người là nguồn bệnh duy nhất. Đó là các bệnh nhân đang mắc bệnh, người trong thời kỳ lại sức, người lành mang vi khuẩn, thải vi khuẩn trong phân và gây bệnh cho người khác.

Lây trực tiếp từ người sang người qua bàn tay bẩn (phân-miệng) hoặc lây gián tiếp qua nước uống. Nhất là không dùng nước đun sôi; uống nước lã, hoặc dùng nước giếng bị ô nhiễm, dùng phân tươi. Còn có vai trò của ruồi nhặng ở những nơi vệ sinh cá nhân và tập thể kém.

IV. LÂM SÀNG

1. Thời kỳ nung bệnh: 2 đến 5 ngày

Có khi 12- 24 giờ

2. Thời kỳ khởi phát

Đột ngột sốt 39-40^{oC} rồi đau bụng, âm ỉ hoặc từng cơn, chủ yếu là ở hố chậu trái. Tình trạng toàn thân ảnh hưởng ngay: mệt nhọc, hốc hác khác với lỵ amip. Rất nhanh chuyển sang thời kỳ toàn phát.

3. Thời kỳ toàn phát: xuất hiện hội chứng lỵ

- Đau quặn bụng
- Mót rặn làm cho bệnh nhân luôn luôn muốn đi ngoài, từ 10-30 lần một ngày có khi đến 50-60 lần một ngày.
- Tính chất của phân: toàn mũi lờ lờ trắng hay trong giống như lòng trắng trứng, khi khác thì giống như bãi đờm của người lao hang, hoặc nước hung hung đỏ như nước rửa thịt.

Tình trạng mất nước và sụt cân nhanh vào ngày thứ 3 hoặc thứ 4, bệnh nhân mệt, lờ đờ, chán ăn.

4. Thời kỳ lại sức

Bệnh nhân hạ sốt, đỡ đau bụng, đỡ mót rặn, phân trở lại bình thường rồi khỏi.

V. CÁC THỂ LÂM SÀNG

1. Thể nhẹ: khỏi sau 2-4 ngày

Lâm sàng như ỉa chảy thường. Hay gặp ở trẻ em

2. Thể trung bình: sốt, hội chứng lỵ rõ rệt. Sau 6 - 10 ngày thì khỏi.

s://myhanoi.com.vn/

3. Thể nặng: triệu chứng nhiễm độc nặng

Dấu hiệu toàn thể rất nặng: sốt ít hoặc không sốt, mặt hốc hác, môi khô, mạch nhanh, urê huyết tăng cao. Hội chứng lỵ rõ rệt ngay từ đầu: đau quặn, mót rặn dữ dội, đi ngoài liên tục - phân đen nặng mùi, có khi như tả.

VI. BIẾN CHỨNG

A. BIẾN CHỨNG ĐỊA PHƯƠNG

1. Xuất huyết: đi ngoài ra máu tươi, làm cho bệnh nhân xanh nhợt, mạch nhanh.

2. Thủng đại tràng: xuất hiện muộn ở các thể nặng. Rất ít các dấu hiệu lâm sàng: nôn, đau và cứng ở một nơi khi thăm khám.

B. BIẾN CHỨNG TOÀN BỘ

Sau khi khỏi lỵ có khi vài tháng thì xuất hiện triệu chứng mắt - niệu đạo - khớp (hội chứng Fiessinger - Leroy - Reiter): đi giải buốt, vài ngày sau đau và đỏ mắt sau đó đau khớp. Hai triệu chứng đau mắt và viêm niệu đạo biến diễn nhanh. Triệu chứng nổi bật là đau khớp, có tính chất di động từ khớp này sang khớp khác. Khớp sưng đau và có tràn dịch, khỏi không để lại di chứng, dễ nhầm với thấp khớp cấp.

VII. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán phân biệt:

1. Lỵ amip: khởi phát không đột ngột, không sốt. Soi trực tràng có những ổ loét có bờ không rõ rệt. Hay chuyển thành mạn tính.

2. Viêm trực tràng - kết tràng do nguyên nhân khác (lao ruột, trùng roi...) trên lâm sàng cũng gây hội chứng lỵ.

3. Các bệnh ở xung quanh trực tràng do cơ chế phản xạ, kích thích trực tràng gây hội chứng lỵ: u xơ tử cung, u tiền liệt tuyến.

4. Nhiễm khuẩn ở nơi khác: viêm mũi họng, sởi ở trẻ lớn hơn: bệnh Schoenlein Henoch gây ban xuất huyết trong niêm mạc ruột.

s://myhanoi.com.vn/

Khi ban xuất huyết: đau bụng, ỉa ra máu mũi. Bệnh hay tái diễn, từng đợt nhưng tình trạng toàn thân tương đối tốt. Chẩn đoán dễ nếu kèm theo phát ban ở da.

5. Lồng ruột ở trẻ em

Có những cơn đau bụng dữ dội, đau tái diễn, ỉa ra máu mũi
Xét nghiệm:

- Soi phân tươi: không thấy amip, rất nhiều bạch cầu đa nhân
- Cấy phân: xét nghiệm quyết định, dương tính ngay từ ngày đầu tiên. Đôi khi phải làm lại nhiều lần. Chẩn đoán huyết thanh ít giá trị. Thời gian mắc bệnh lỵ trực khuẩn tương đối ngắn, các ngưng kết tố xuất hiện chậm.
- Rối loạn thăng bằng nước và điện giải: hematocrit, điện giải đồ...

VIII. ĐIỀU TRỊ

1. Hiện nay ở Việt Nam, Shigella flexneri và Shigella shiga đã kháng với tetracyclin, streptomycin, chloramphenicol, 50% kháng với ampicillin.

Thuốc điều trị đặc hiệu tốt nhất là co-trimoxazol (trimethoprim 80mg và sulfamethoxazol 400mg).

Người lớn: co-trimoxazol 0,48 x 4 viên/ngày x 5 ngày

Trẻ em: 10mg trimethoprim/kg ngày

50mg sulfamethoxazol/kg ngày

Kháng sinh có tác dụng rút ngắn biến diễn của bệnh và thời gian các mầm bệnh có mặt trong phân.

Ngoài ra:

- Becberin (chiết xuất từ dây Vàng Đắng) viên 0,05g uống 8-10 viên chia 2 lần/ngày, trong 7-10 ngày.
- Lá mơ tam thể: 30g + 1 quả trứng + vài gam muối. Rửa sạch, thái nhỏ trộn với trứng và muối. Sao chín hoặc hấp cơm: ăn trong 1 tuần

2. Bù nước và điện giải

Nhẹ và trung bình: uống Oresol, 1-2 gói/ngày pha với 1-2 lít nước đun sôi để nguội.

s://myhanoi.com.vn/

Nặng: truyền huyết thanh mặn, ngọt đẳng trương và natri bicarbonat 14‰.

Khi đỡ thay bằng Oresol uống.

3. Điều trị triệu chứng

- Chống sốt cao, co giật ở trẻ em:

  Seduxen 5mg x 1-2 viên/ngày

  Chườm lạnh

Dùng paracetamol khi sốt quá cao 0,5g x 1-3 viên tuỳ theo lứa tuổi.

- Tiết chế: ăn các chất lỏng, dễ tiêu, ít bã. Đồng thời cho thêm các men tiêu hoá như pancreatin, pepsin... để giải quyết thiểu năng tiêu hoá.

Nếu trẻ còn bú mẹ, vẫn tiếp tục cho bú

Nếu trẻ lớn và người lớn: ăn lỏng rồi đặc dần, đủ năng lượng và protein.

Tránh kiêng khem quá mức chỉ ăn nước cháo loãng và muối làm suy kiệt, đảm bảo chế độ ăn đủ năng lượng và protein.

IX. PHÒNG BỆNH

Đảm bảo vệ sinh ăn uống (ăn chín, uống sôi, rửa tay trước khi ăn), bảo quản thực phẩm, kiểm tra những người mang mầm bệnh.

Đẩy mạnh vệ sinh hoàn cảnh (phân, nước, rác) diệt ruồi nhặng.

Khi dịch xảy ra trong tập thể, cho những người chưa mắc uống 1-2g sulfaguanidin trong 4-5 ngày.

BẠCH HẦU

I. ĐỊNH NGHĨA

- Bệnh cấp tính: rất lây, có thể gây thành dịch
- Từ ngày tiêm chủng mở rộng, tỷ lệ mắc bệnh đã giảm xuống nhiều

s://myhanoi.com.vn/

- Là bệnh nhiễm độc - nhiễm khuẩn, biểu hiện trên lâm sàng là một viêm họng giả mạc, từ họng vi khuẩn tiết ra ngoại độc tố gây nhiễm độc toàn thân.

II. BỆNH CĂN

Tác nhân gây bệnh là Corynebacterium diphteriae (còn gọi là trực khuẩn Klebs - Loeffler) gram dương, hơi phình một đầu hình dùi trống. Khi làm khô có thể giữ được hàng năm.

Bệnh lây trực tiếp qua đường hô hấp là chủ yếu, qua chất bài tiết từ mũi họng của bệnh nhân, người lại sức và nhất là những người lành mang mầm bệnh. Có thể lây gián tiếp qua các đồ chơi, quần áo của bệnh nhân. Khả năng mắc bệnh khác nhau tuỳ từng người, từng tuổi, tính thụ cảm được đánh giá bằng phản ứng Schick.

Bệnh xảy ra chủ yếu ở trẻ nhỏ và thiếu niên không được tiêm phòng.

III. LÂM SÀNG

A. BẠCH HẦU THÔNG THƯỜNG

- Thời kỳ nung bệnh: từ 2 - 5 ngày, có khi lâu hơn
- Khởi phát âm ỉ, sốt nhẹ 38-38,5^{0}C, họng đỏ, sau 2-3 ngày *giả mạc* xuất hiện trên hạch hạnh nhân, trắng ngà, bóng, dính, khó bóc tách và lan rất nhanh sang cả hai hạch hạnh nhân, lưỡi gà và các cột. Niêm mạc ở dưới xung huyết nhưng chưa loét còn xung quanh giả mạc vẫn bình thường.

Đồng thời sổ mũi một bên hoặc hai bên, nổi hạch ở góc hàm to và đau, không viêm quanh hạch. Họng hơi đau và hơi khó nuốt.

Triệu chứng toàn thân nhiễm độc (da xanh, mệt, mạch nhanh, huyết áp hạ, nước tiểu ít và có protein).

Phải ngoáy họng soi, cấy tìm vi khuẩn bạch hầu và phải cách ly bệnh nhân, điều trị ngay. Nếu điều trị sớm giả mạc bong hết sau 48 giờ và không ngại biến chứng.

Khi đang có dịch, bên cạnh các thể trên cần lưu ý đến viêm họng có giả mạc mủn hoặc viêm hạch hạnh nhân có hốc, hoặc viêm tấy hạch hạnh nhân. Bao giờ cũng phải ngoáy họng soi, cấy.

s://myhanoi.com.vn/

B. BẠCH HẦU ÁC TÍNH

Gặp ở trẻ em không tiêm chủng, trẻ suy yếu hoặc sau bạch hầu thông thường điều trị muộn hay điều trị huyết thanh không đủ.

Khởi phát dữ dội, sốt cao 39-40^{o}C, nôn

- Giả mạc: dầy, sần sùi, màu xám đen, dễ chảy máu, lan rất nhanh và rộng: cả hai hạch hạnh nhân, các cột, lưỡi gà và thành sau họng. Niêm mạc ở dưới phù nề và xuất huyết. Hai hạch hạnh nhân sưng phù choán hết thành sau họng, lưỡi gà bật ra phía trước.

Hạch hai góc hàm sưng to, đau, viêm quanh hạch phù nề làm cổ bạnh. Sổ mũi có mủ loang, và có máu. Mũi loét và có thể có giả mạc.

Miệng hôi, nói giọng mũi, nuốt rất khó. Màn hầu thường bị liệt làm bệnh nhân ăn uống sặc ra đằng mũi.

- Các dấu hiệu nhiễm độc rất rõ ràng với toàn trạng biến đổi nhanh: sốt cao, da xanh nhợt, mệt lả, kiệt sức, mạch nhanh, huyết áp hạ, ỉa chảy, gan sưng to, đái ít, có protein. Cuối cùng bệnh nhân thường có dấu hiệu xuất huyết (ban xuất huyết trên da, chảy máu cam, chảy máu lợi...).
- Tiến triển: không lường trước được
  + Có thể tử vong trong vài ngày
  + Tuy nhiên nếu không chết, các dấu hiệu địa phương sẽ giảm nhẹ đi, nhưng dấu hiệu nhiễm độc vẫn tồn tại và nặng: liệt màn hầu - vòm miệng, viêm cơ tim xuất hiện từ ngày thứ tám đến ngày thứ mười (hội chứng ác tính sớm của Marfan), tiên lượng nặng.

Các biến chứng nhiễm độc này có thể chậm hơn từ ngày thứ 30 đến ngày thứ 40 (hội chứng ác tính muộn của Grenet và Mezard): triệu chứng toàn thân nặng lên, các dấu hiệu viêm cơ tim xuất hiện tiếp theo dấu hiệu liệt, lúc đầu liệt màn hầu - vòm miệng sau đó là liệt điều tiết (lão thị) rồi yếu hai chi dưới, thân và chi trên dẫn đến chết do liệt hô hấp.

Sau nhiều tuần hoặc nhiều tháng bệnh có thể khỏi.

s://myhanoi.com.vn/

C. BẠCH HẦU THANH QUẢN

- Thường gặp ở trẻ em từ 2 đến 5 tuổi
- Phần nhiều *thứ phát sau bạch hầu thông thường* không được điều trị hoặc điều trị quá muộn, giả mạc lan xuống thanh quản, hoặc tiên phát.

Biến diễn qua 3 giai đoạn:

a. Giai đoạn khàn tiếng: ho và giọng nói khàn, dấu hiệu đặc biệt là ho ông ổng rồi dần dần mất tiếng.

b. Giai đoạn khó thở: có đặc điểm khó thở chậm, khó thở vào, có co kéo trên xương ức và trên xương đòn, có tiếng rít (do chít hẹp thanh môn)

Mới đầu khó thở từng cơn, sau liên tục

Phải đặt nội khí quản hay mở khí quản

c. Giai đoạn ngạt thở: nếu không được điều trị sẽ chuyển sang thở nhanh và nông, xanh tái, thở không rít nữa, mạch nhanh nhỏ, tay chân lạnh, vã mồ hôi, hôn mê rồi chết.

D. CÁC ĐỊNH XỨ KHÁC: HIẾM

- Bạch hầu mũi: sổ mũi đơn thuần, dai dẳng ở trẻ sơ sinh. Sổ mũi có lẫn máu, loét mũi và nhân trung, ỉa chảy, nhiễm độc, có khi chỉ một bên.
  Khi có giả mạc phải nghĩ đến bạch hầu
- Viêm kết mạc bạch hầu, bạch hầu da

IV. CHẨN ĐOÁN

Nguyên tắc: phải nghĩ đến bạch hầu trước một trẻ có sốt, có biểu hiện viêm họng và đặc biệt có giả mạc và dấu hiệu nhiễm độc (xanh, mệt) phải điều trị ngay như bạch hầu.

Chẩn đoán xác định dựa vào vi khuẩn học. Cần làm xét nghiệm ngay:

1. ***Ngoáy họng*** xung quanh giả mạc và thêm ngoáy mũi: soi trực tiếp và cấy.
2. ***Làm công thức bạch cầu*** để phân biệt với các bệnh về máu (bệnh bạch cầu và bệnh tuyệt lạp bạch cầu).
3. ***Kiểm tra tiêm chủng***

s://myhanoi.com.vn/

V. ĐIỀU TRỊ

A. BẠCH HẦU THÔNG THƯỜNG

- Tiêm ngay huyết thanh kháng bạch cầu 20.000-40.000 đơn vị (để trung hoà độc tố trước khi cố định) tiêm một lần. Nếu đã có tiêm huyết thanh ngựa (uốn ván) phải tiêm 1/2ml trước rồi 15 phút sau tiêm 5ml và 15 phút sau nữa mới tiêm cả liều để tránh phản vệ. Tiêm dưới da sâu.
- Giải độc tố bạch hầu: tiêm ngay 1/10ml dưới da ở chỗ khác (không trộn với huyết thanh kháng bạch cầu). 3 ngày sau tiêm 1/2ml rồi cứ 5 ngày một lần tiêm: 1ml - 2ml - 3ml
- Đồng thời tiêm penicillin G 1.000.000 - 2.000.000 đơn vị mỗi ngày trong 7 ngày liền.

Nếu dị ứng penicillin, thay bằng erythromycin 1-2 gam mỗi ngày trong 7 ngày liền.

- Nằm nghỉ tuyệt đối cho đến khi hết các triệu chứng nhiễm độc.
- Cho vitamin C 0,50-1gam/mỗi ngày.

B. THỂ NẶNG VÀ PHÁT HIỆN MUỘN

- Huyết thanh kháng bạch hầu: 40.000-80.000 đơn vị và giải độc tố bạch hầu như trên.
- Tiêm penicillin G 2.000.000 đơn vị hay hơn nữa
- Prednisolon 5mg x 4 viên/ngày trong 5 ngày.
- Nằm bất động triệt để tại giường cho đến khi hết các dấu hiệu nhiễm độc

C. BẠCH HẦU THANH QUẢN

Điều trị đặc hiệu như trên

- Prednisolon 5mg x 4 viên/ngày
- Giai đoạn đầu khó thở từng cơn cho aminazin 0,025g
- Đắp khăn nước nóng lên cổ. Theo dõi chặt chẽ
- Nếu vẫn khó thở liên tục (khó thở độ 2) phải mở khí quản.

s://myhanoi.com.vn/

D. VIÊM CƠ TIM BẠCH HẦU

- Nằm nghỉ triệt để tại giường
- Theo dõi về lâm sàng và điện tim đồ

Khi có suy tim dùng thuốc lợi tiểu

Nhẹ: Lasix 40mg viên: 2 viên mỗi ngày

Nặng: Lasix 20mg ống: 1-2 ống/ngày cho đến khi hết dấu hiệu suy tim.

Khi có rối loạn dẫn truyền: bloc nhĩ thất cấp 3, truyền isuprel (isoproterenol): 1/4 đến 1/2mg pha trong 250ml huyết thanh ngọt đẳng trương nhỏ giọt tĩnh mạch chậm. Nếu mạch lên tới 100/phút phải ngừng truyền.

E. LIỆT DO BẠCH HẦU

Không cần tiêm huyết thanh kháng bạch hầu

Tiêm strychnin dưới da 1/2mg/mỗi kg cân nặng chia ra làm 4 lần (theo dõi phản xạ gối).

Vitamin B1 50 - 200mg tiêm bắp thịt

Lý liệu pháp, xoa bóp

VI. PHÒNG BỆNH

a. Đối với bệnh nhân: cách ly bệnh nhân và điều trị ở chuyên khoa theo dõi tim mạch.

Cho ra viện nếu nhẹ sau 20 ngày, nếu nặng sau 50 ngày

Ngoáy họng hai lần cách nhau 8 ngày cấy âm tính.

Tẩy uế, khử khuẩn bệnh phòng hàng ngày bằng cresyl, đĩa bát, đũa, chăn màn quần áo bệnh nhân phải luộc nước sôi.

Sau khi khỏi hoặc chết, mở to các cửa, phơi nắng chăn chiếu, giường màn; sách, vở, đồ chơi cũng phải phơi nắng.

b. Đối với người xung quanh: lập tức khám tất cả người tiếp xúc, xét nghiệm hệ thống mũi họng, cấy vi khuẩn để phát hiện người lành mang vi khuẩn, đặc biệt đối với trẻ em.

s://myhanoi.com.vn/

Những người đang viêm họng hoặc cấy dương tính phải tiêm penicillin hoặc erythromycin 7 ngày cùng với huyết thanh kháng bạch hầu 5000 đơn vị.

Tiêm giải độc tố bạch hầu hoặc tiêm nhắc lại sau 1 năm nếu người tiếp xúc chưa tiêm phòng.

c. *Đối với người lành:* tiêm giải độc tố, đeo khẩu trang, nhỏ mũi.

Tiêm giải độc tố có hệ thống cho tất cả các trẻ em nhỏ từ 12-15 tháng. Tiêm 3 lần cách nhau 21 ngày: 0,5ml rồi 1ml-1,5ml. Người lớn 1ml-1,5ml. Nếu là giải độc tố có chất kích thích (hydrat alumin lắc lên trắng như sữa) thì tiêm hai lần, mỗi lần 1 ml cách nhau 1 tháng.

Năm sau tiêm nhắc lại khi có dịch vì bạch hầu không phải luôn luôn có miễn dịch.

HO GÀ

I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh của trẻ nhỏ, *rất lây và gây thành dịch*, đặc trưng bởi một chứng xuất tiết ở đường hô hấp và những cơn ho rũ rượi (co thắt).

Từ ngày có kháng sinh các biến chứng do bội nhiễm hô hấp đã giảm nhiều và bệnh não trở nên hiếm, bệnh ho gà vẫn còn là một bệnh luôn luôn nặng ở trẻ dưới 2 tuổi. Do đó nhắc nhở cần thực hiện tiêm chủng phòng bệnh sớm.

II. BỆNH HỌC

Tác nhân gây bệnh là *cầu trực khuẩn Bordet và Gengou* hay Bordetella pertussis, gram âm, ngắn và bất động.

Bordetella parapertussis, gây một bệnh nhẹ nhưng hiếm. Không có miễn dịch chéo.

s://myhanoi.com.vn/

III. DỊCH TỄ HỌC

Bệnh có tính dịch địa phương trên toàn thế giới và hiếm từ ngày tiêm chủng phòng bệnh. Lây trực tiếp, tối đa vào giai đoạn viêm long của bệnh, rồi giảm sau tuần thứ hai của cơn ho.

Miễn dịch thu được lâu bền nhưng có thể giảm theo thời gian. Miễn dịch thụ động từ mẹ sang thai nhi không có do đó giải thích các sơ sinh và nhũ nhi không tiêm chủng rất dễ mắc.

Từ ngày tăng cường tiêm chủng, ho gà chỉ gặp ở trẻ trước 2 tuổi và đặc biệt trước 6 tháng. Có thể gặp ở trẻ lớn hơn và ở trẻ tiêm phòng, một thể nhẹ. Hiếm ở người lớn.

IV. LÂM SÀNG

1. Thể thông thường của trẻ em

a. Thời kỳ nung bệnh: yên lặng từ 7 đến 15 ngày

b. Thời kỳ xâm nhiễm hay giai đoạn xuất tiết kéo dài từ 7 đến 15 ngày, biểu hiện một bệnh cảnh viêm khí - phế quản nhẹ với sốt nhẹ hoặc không sốt và ho chú ý đặc biệt là có tính chất ho khan thông thường rồi dai dẳng nặng về đêm, và hay nôn.

Nếu có yếu tố dịch tễ, chưa tiêm phòng phải nghĩ đến ho gà. Phải cách ly vì giai đoạn này rất lây.

c. Thời kỳ toàn phát hay giai đoạn ho cơn: ít lây hơn nhưng dễ đoán hơn, do có cơn ho gà trẻ ngừng chơi, ho rũ rượi hàng thôi, hàng hồi rồi ngừng thở vài giây sau đó thở rít vào như gà gáy rồi lại ho rũ rượi, ngừng thở, ho tái phát 3 đến 4 lần có khi 10-15 lần cho đến khi ra dãi trong, dính. Sau đó có thể nôn. Mặt tím lại, nề, mi mắt sưng húp, vã mồ hôi, mắt đỏ và chảy nước mắt.

Nhiệt độ thường bình thường, nếu sốt thực tế là biểu hiện một biến chứng. Thời kỳ này lâu từ 3-6 tuần.

d. Thời kỳ lui bệnh: cơn ho giảm rồi hết. Tiến triển của bệnh kéo dài từ 6 đến 8 tuần. Trẻ gầy và sau nhiều tháng có thể ho như ho gà nhân một nhiễm khuẩn hô hấp nhẹ.

2. Ho gà ở trẻ sơ sinh và nhũ nhi

Bệnh nặng, tử vong cao (2-3%) chủ yếu do các biến chứng hô hấp và thần kinh.

s://myhanoi.com.vn/

a. Cơn ho gà thường không điển hình nên khó chẩn đoán: có khi chỉ như hắt hơi vài cái rồi môi và mặt tím dần. Phải cấp cứu ngay.

b. Nôn nhiều đưa đến chán ăn, suy dinh dưỡng hoặc kiệt nước

c. Trong tuần thứ ba có thể xuất hiện các biến chứng hô hấp kịch phát:

- Cơn ho ngạt thở: cơn ho càng ngày càng yếu dần, đờm đặc dính ứ đọng dữ dội đưa đến tình trạng ngạt với tím tái, mạch nhanh, mất ý thức, ngừng thở. Chết nhanh. Nếu hồi sức cấp cứu qua khỏi lại có thể xuất hiện cơn ho.
- Ngừng thở, ngất: ngừng tim, ngừng thở xảy ra ngoài cơn ho do đó phải theo dõi ho gà ở nhũ nhi ở bệnh viện.

3. Biến chứng

a. Biến chứng hô hấp:

- Viêm phế quản - phổi: do bội nhiễm streptocoque, pneumocoque, Hemophilus influenzae hoặc các mầm bệnh ở bệnh viện (tụ cầu, enterobacterie, pseudomonas) khó thở, tím tái, ho liên tục và khó khăn, sốt.
- Xẹp phổi
- Phổi ho gà

b. Biến chứng thần kinh: do độc tố ho gà đóng vài trò chủ yếu và thiếu oxy não cấp hoặc mạn là yếu tố cơ bản khởi động.

- Co giật: thường gặp trước 2 tuổi phối hợp với rối loạn chuyển hoá hoặc tăng nhiệt độ hoặc xảy ra sau cơn ho gà ngạt thở.
- Viêm não ho gà
- Biến chứng cơ giới: đứt hàm lưỡi, chảy máu cam, xuất huyết dưới giác mạc, nốt xuất huyết ở mặt, sa ruột, lồng ruột.

V. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán sinh hoá cho kết quả chắc chắn:

a. Huyết đồ đặc trưng ở giai đoạn cuối của thời kỳ xuất tiết: tăng bạch cầu > 15,0 x 10^9/l đôi khi dạng bệnh bạch cầu (> 40,0 x 10^9/l) với tăng lympho nổi bật (60-90%).

Ở nhũ nhi và người lớn, các biến đổi này không rõ

s://myhanoi.com.vn/

Tăng bạch cầu đa nhân chứng tỏ bội nhiễm vi khuẩn

b. Cấy đờm dãi giai đoạn xuất tiết

c. Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp đờm dãi cho kết quả nhanh (vài giờ), sớm (giai đoạn xuất tiết).

VI. ĐIỀU TRỊ

- Cần phát hiện sớm, điều trị ngay bằng erythromycin 50mg/kg/ngày trong 10 ngày.

Có tác dụng diệt khuẩn, giảm lây lan

Cho dùng càng sớm càng tốt vì kháng sinh thường ít kết quả khi đã có những cơn ho gà.

- Cho ăn sau khi nôn
- Cho nhập viện sớm rất cần thiết ở trẻ nhỏ < 1 tuổi, cho phép theo dõi liên tục những cơn ho gà ngạt thở và ngừng thở ngạt. Hút đờm dãi, oxy liệu pháp rất có ích. Bồi phụ nước và dinh dưỡng đôi khi bằng đường tĩnh mạch để chống lại suy dinh dưỡng.
- Bội nhiễm: kháng sinh liệu pháp, amoxycillin + acid clavulanic hoặc cephalosporin.
- Biến chứng thần kinh: điều trị chống co giật, chống phù và hô hấp cơ giới.

VII. PHÒNG BỆNH

Cách ly, nghỉ học (sau khi có cơn ho 30 ngày). Tuy nhiên cách ly ít kết quả vì lây mạnh nhất giai đoạn khởi phát. Cho kháng sinh dự phòng những người tiếp xúc với bệnh nhân bằng macrolid.

Vacxin ho gà thường được kết hợp với vacxin phòng bạch hầu, phòng uốn ván, được tiêm chủng từ tháng tuổi thứ ba, chia ba lần, tiêm sâu dưới da, cách nhau 1 tháng và tiêm nhắc lại sau 1 năm.

s://myhanoi.com.vn/

UỐN VÁN

I. ĐỊNH NGHĨA

Là bệnh nhiễm độc, nhiễm khuẩn do độc tố của trực khuẩn uốn ván xâm nhập vào cơ thể qua một vết thương và gây những cơn co cứng, bắt đầu ở cơ nhai (cứng hàm) rồi đến các cơ ở gáy, ở thân và ở các chi.

II. BỆNH CĂN

1. Tác nhân gây bệnh: Clostridium tetani hay trực khuẩn Nicolaier tiết ra ngoại độc tố. Trực khuẩn gram dương, kỵ khí, có nha bào.

2. Nha bào có lực sống rất mạnh, có thể tồn tại trong nhiều năm ở đất và bụi, ở những nơi không có ánh nắng. Nhiệt độ 100^{o} và các thuốc diệt khuẩn đều không diệt được nó, muốn diệt phải đun sôi kéo dài và hấp khô 115^{o} trong 10 phút. Trực khuẩn uốn ván có trong ruột của nhiều loài ăn cỏ (trâu bò, ngựa...) các nha bào được đào thải qua phân.

3. Nha bào xâm nhập vào cơ thể qua vết thương ở da, sau chấn thương (vết thương lẫn đất cát) có khi rất nhỏ (dẫm phải gai, đinh, kim, bị dằm) dễ bỏ qua hoặc đã thành sẹo khi xuất hiện uốn ván. Một số trường hợp qua vết cắn, cào hoặc bởi một thao tác như cắt rốn, phá thai, chích ma tuý.

III. SINH LÝ BỆNH

Trực khuẩn uốn ván có hai tính chất cơ bản:

1. Nó có thể thành *nha bào* và sản xuất ra *một ngoại độc tố.*
2. Nha bào chỉ có thể *phát triển tại vết thương* nếu có *tình trạng hoại thư hoặc vi khuẩn phối hợp*, trực khuẩn tiết ra độc tố lan tràn rất nhanh khắp cơ thể chủ yếu phong bế các sinap ức chế dẫn đến co cứng uốn ván và rối loạn thần kinh thực vật.

s://myhanoi.com.vn/

IV. DỊCH TỄ HỌC

- Nhờ kế hoạch tiêm chủng, bệnh uốn ván ngày càng giảm
- Vẫn còn là một tai hoạ thực sự ở những nước còn có tập quán băng bằng đất bằng bùn khi có vết thương, các thói quen cổ hủ của những người đỡ đẻ: cắt rốn, đỡ đẻ bằng các dụng cụ không được tiệt trùng, đồng thời lơi là việc tiêm chủng phòng uốn ván một cách hệ thống.
- Ở các nước phát triển uốn ván là một bệnh của người có tuổi vì chưa được tiêm phòng hoặc không tiêm nhắc lại; ít thấy ở người trẻ vì đã tiêm chủng bắt buộc khi còn trẻ em hoặc trong quân đội.

V. LÂM SÀNG

1. Thời kỳ nung bệnh (từ khi có vết thương đến khi cơ co cứng đầu tiên, thường là cứng hàm) 6-15 ngày hay hơn. Càng ngắn bệnh càng nặng.

Dưới 7 ngày tương ứng với các uốn ván nặng

Trên 15 ngày tương ứng với các uốn ván nhẹ hơn.

2. Thời kỳ khởi phát (từ triệu chứng đầu tiên, thường là cứng hàm) cho đến co cứng toàn thân.

Thời gian trung bình là 48 giờ

Thời gian của thời kỳ khởi phát quan trọng để tiên lượng

Dưới 24 giờ tương ứng với các uốn ván nhẹ hơn

Dấu hiệu mở đầu là cứng hàm làm co cứng các cơ nhai, mở hàm hạn chế. Thoạt đầu xuất hiện từng lúc, sau trở nên liên tục, càng cố gắng làm cho bệnh nhân há miệng, càng làm cho hàm khít chặt lại.

Rồi lan ra họng làm khó nuốt, răng cắn chặt không ăn được. Cơ mặt co cứng làm cho nét mặt cười nhe răng. Sau đó lan đến thân và các chi.

3. Thời kỳ toàn phát

Sau 1-2 ngày co cứng toàn thân liên tục, ưỡn cong người, thỉnh thoảng có các cơn trội lên khi có một kích thích dù rất nhẹ. Co thắt cơ hô hấp và họng có thể làm cho bệnh nhân chết đột ngột.

Bệnh nhân vẫn tỉnh táo, cảm giác vẫn bình thường

s://myhanoi.com.vn/

VI. CÁC THỂ LÂM SÀNG

Tuỳ theo cường độ của uốn ván người ta phân biệt

1. Uốn ván nhẹ: từ cứng hàm đến co cứng lan thêm là 4-5 ngày. Chỉ co cứng hàm và tăng trương lực ở một vài nơi, không có cơn co giật toàn thân, không có rối loạn hô hấp, không khó nuốt (tương đương với độ I của Mollaret)

Vẫn có khả năng nặng lên

2. Uốn ván toàn thể cấp điển hình

Sau 2-3 ngày co cứng lan ra toàn thân. Cứng hàm, rối loạn hô hấp, khó nuốt. Có co cứng toàn thân (độ II)

3. Uốn ván nặng: thời kỳ ủ bệnh dưới 3 ngày. Co cứng toàn thân xuất hiện rất nhanh. Co giật liên tục, khó thở, tím tái. Rối loạn thần kinh giao cảm.

4. Uốn ván nội tạng: xảy ra sau một vết thương hoặc một can thiệp phẫu thuật vào ổ bụng, sau một vết thương sản khoa hoặc sẩy thai. Tiến triển tương đối nhanh. Co thắt họng thanh môn gây những cơn ngạt thở.

5. Uốn ván rốn: trẻ không bú được vì cứng hàm, chạm vào là miệng rúm lại như mồm cá.

Co giật toàn thân. Trẻ rất yên lặng, không khóc, nhanh chóng dẫn đến tử vong

6. Uốn ván khu trú

a. Uốn ván đầu: cửa vào ở mặt hoặc sâu răng khu trú hoặc toàn thể.

- Uốn ván đầu của Rose: liệt mặt phía bị thương (vai trò gây liệt của độc tố)
- Uốn ván liệt mắt của Worms với tổn thương dây 3,4 và 6 của thần kinh sọ

b. Co cứng 1 chi: phần nhiều ở người đã được tiêm phòng.

VII. CHẨN ĐOÁN

1. Cứng hàm: trước một cứng hàm phải nghĩ đến uốn ván cho đến khi thấy nguyên nhân khác. Phải phân biệt với viêm hạch hạnh nhân có mủ, mọc răng khôn, viêm răng lợi.

s://myhanoi.com.vn/

2. Sợ nước do co thắt thanh quản: phải phân biệt với bệnh dại. Ở bệnh dại không tăng trương lực cơ, không có cơn co cứng toàn thân.

3. Cứng gáy: phân biệt với viêm màng não cấp (nôn + nhức đầu). Ngộ độc strychnin không có cứng hàm, co cứng ở ngoại biên trước khi lên cổ và mặt.

VIII. ĐIỀU TRỊ

A. ĐIỀU TRỊ CĂN NGUYÊN, ĐẶC HIỆU

1. Xử trí vết thương: khi vết thương quan trọng, sâu, phải mở rộng tìm dị vật, nhưng tránh phẫu thuật quan trọng, gãy xương hở phải cố định, để hở không khâu, băng kín rất nguy hiểm. Rửa nước oxy già

2. Dùng kháng sinh: mục đích ức chế sự phát triển của trực khuẩn Nicolaier và chống bội nhiễm

Thường dùng penicillin G 2.000.000-4.000.000 đơn vị/ngày. Nếu dị ứng với penicillin thay bằng erythromycin 2g/ngày.

3. Huyết thanh kháng uốn ván: nên dùng, mặc dù không có kết quả trên độc tố đã cố định, có mục đích trung hoà độc tố lưu hành và cản trở sự cố định.

(Hiện nay người ta dùng globulin của người tăng miễn dịch, tiêm bắp với liều 2500-5000 đơn vị quốc tế).

Huyết thanh kháng uốn ván tiêm dưới da với liều 10000 - 20000 đơn vị quốc tế, tiêm 1 lần.

4. Giải độc tố: tiêm nhắc lại nếu đã được tiêm phòng. Nếu không, phải tiến hành tiêm đủ liều vì bệnh uốn ván không gây miễn dịch.

B. ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG

Khi đã có những cơn co cứng

1. Cách ly bệnh nhân ở buồng riêng, yên tĩnh, ánh sáng dịu. Tránh không động chạm đến bệnh nhân luôn.

s://myhanoi.com.vn/

2. Chống co cứng: các thuốc như chloroform, chloral, promethazin, clorpromazin không nên dùng nữa. Hiện nay tốt nhất là diazepam viên 5 - 10 mg, ống 2 ml 10 mg tiêm tĩnh mạch.

Cho uống bằng ống thông luồn qua mũi, mỗi lần 10mg, liều lượng diazepam: 2 - 5mg/kg/24 giờ.

Đối với người lớn tổng liều trong một ngày 100 - 200 mg

Theo dõi để đạt liều lượng tối thiểu có tác dụng.

Nếu uốn ván nặng, cho thêm diazepam vào lọ dung dịch ngọt đẳng trương truyền nhỏ giọt tĩnh mạch mỗi lần 10 mg. Khi lên cơn dữ dội cho thêm 5 - 20 mg.

Nếu tổng liều lên tới 100 mg mà vẫn không cắt được cơn giật thì kết hợp thêm phennobarbital (1 - 3 g hàng ngày ở người lớn) uống qua ống thông hoặc tiêm tĩnh mạch.

Hoặc dùng thêm coctail lytique tối đa: 2-3 lần/24 giờ

Dolargan 0,01

Promethazin 0,05

Aminazin 0,025

Nếu trẻ em dưới 15 tuổi thay dolargan bằng spartein 0,05.

3. Hồi sức hô hấp

Mở khí quản sớm: ngày nay chỉ định rất rộng khi có các dấu hiệu lan tràn đến cơ hô hấp và nhất là khó nuốt (co cứng mạnh cơ cổ, cơ gáy, ứ đọng đờm dãi, chẹn lồng ngực, khó nuốt, co giật nhiều, liên tục).

4. Hồi phục nước, điện giải và dinh dưỡng bằng ống thông mũi - dạ dày: qua ống thông, ORS 2 gói/ngày pha với 2 lít nước hoặc truyền huyết thanh mặn, ngọt đẳng trương, hoặc natri bicarbonat dựa vào kết quả điện giải đồ.

IX. PHÒNG BỆNH

Tiêm chủng giải độc tố uốn ván

Tiêm cho trẻ trên 3 tháng, 3 mũi dưới da sâu cách nhau 1 tháng, 1 năm sau tiêm nhắc lại, rồi 6 năm, 11 năm và cứ 10 năm tiêm lại một lần.

s://myhanoi.com.vn/

Đối với người lớn với giải độc tố hấp thụ: 2 lần tiêm cách nhau 1-2 tháng. Nhắc lại mũi thứ 3 sau 6 tháng, 1 năm rồi hàng 10 năm. Trong chương trình tiêm chủng mở rộng:

Giải độc tố thường phối hợp với bạch cầu + uốn ván + ho gà.

Phòng uốn ván khi có vết thương:

a. Mở rộng vết thương: rửa sạch và khử trùng

b. Nếu chắc chắn đã tiêm phòng uốn ván đúng cách và được tiêm nhắc lại chưa quá 5 năm thì không cần phải tiêm nhưng nếu đã tiêm phòng mà chưa nhắc lại lần nào trong 5 năm qua thì phải tiêm nhắc lại. Nếu chưa tiêm phòng bao giờ hoặc trường hợp vết thương nặng phải tiêm huyết thanh kháng uốn ván 1500-3000 đơn vị quốc tế và lập tức bắt đầu quy trình tiêm phòng giải độc tố mũi tiêm đầu tiên.

Để tránh uốn ván rốn tiêm giải độc tố uốn ván cho mẹ khi có mang được 6 tháng và 9 tháng (liều như trên).

BỆNH DO LEPTOSPIRA

I. ĐỊNH NGHĨA

Nhóm bệnh ở người và súc vật, do xoắn khuẩn truyền bất thường cho người gây ra nhiễm khuẩn huyết hay gây tổn thương thận, gan, thần kinh.

II. BỆNH HỌC

Tác nhân gây bệnh là những vi sinh vật thuộc giống leptospira có những đặc điểm giống nhau về hình thái học, hình xoắn di động. Một loại gây bệnh cho người là Leptospira interrogans hiện được phân làm khoảng hai mươi nhóm huyết thanh (được chỉ bằng con số) và hơn 170 typ huyết thanh (được chỉ bằng tên). Không có một liên quan tuyệt đối nào giữa triệu chứng học, typ của mầm bệnh, tác nhân vectơ và địa lý; tuy nhiên Leptospira vàng da - chảy máu là căn nguyên của đa số các thể nặng và đầy đủ; Leptospira grippo-typhosa là căn nguyên của các thể màng não đơn thuần.

s://myhanoi.com.vn/

III. DỊCH TỄ HỌC

Ổ chứa mầm bệnh là súc vật, người chỉ là một tiếp nhận bất thường. Loại gặm nhấm là ổ chính. Đa số chuột là những vật mang mầm bệnh khoẻ mạnh (Leptospira vàng da - chảy máu). Chó (L.canicola), lợn (L.pomona), các loài bò và ngựa (L.imitis), hiếm hơn các loài chim và cá là những ổ chứa leptospira, đào thải các leptospira qua nước tiểu làm ô nhiễm môi trường (nước, đất, thực phẩm).

Sự truyền bệnh cho người thường gián tiếp với nước và mặt đất bị ô nhiễm (ao, hồ, đầm lầy, hố trũng, đồng ruộng, hầm mỏ): các leptospira xâm nhập qua da (vết thương, vết nứt nẻ hiếm hơn qua niêm mạc mắt, mồm và sinh dục.

Sự lây truyền trực tiếp (bị cắn, tiếp xúc với súc vật thí nghiệm) rất hiếm.

Do đó bệnh có tính chất nghề nghiệp: công nhân thông móc cống, công nhân mỏ, làm rừng, chăn nuôi lợn, nông dân lao động trên nền đất bị ô nhiễm. Có thể lây trong lúc tắm (bể bơi bị ô nhiễm).

Bệnh thường xảy ra một cách lẻ tẻ hoặc thành dịch nhỏ, có thể quanh năm trội lên về mùa hè-thu.

IV. SINH BỆNH HỌC

Sau khi xâm nhập qua da hoặc qua niêm mạc, các leptospira gây nhiễm khuẩn huyết trong 5 đến 6 ngày lan tràn khắp các cơ quan, đặc biệt là màng não (cấy máu và cấy nước não tuỷ dương tính). Từ ngày thứ 8, các mầm bệnh cố định ở các nội tạng, huyết thanh dương tính.

Từ ngày thứ 12-15, đào thải qua nước tiểu (cấy nước tiểu dương tính).

Sốt tái phát từ ngày thứ 15 do miễn dịch.

V. LÂM SÀNG

Tính chất chung của bệnh do leptospira ở người, có hai loại dấu hiệu: dấu hiệu chủ yếu để chẩn đoán, dấu hiệu thứ yếu để tiên lượng.

s://myhanoi.com.vn/

A. CHỦ YẾU

1. Sốt

Sau thời kỳ nung bệnh từ 7-10 ngày (có thể ngắn hơn hoặc dài hơn tuỳ theo mức độ nhiễm leptospira và đường xâm nhập). Sốt cao đột ngột 40°C, rét run, liên tục 7 ngày rồi khỏi hẳn, hoặc sau 2-5 ngày lại sốt lại (sốt nhiều pha).

2. Đau cơ

Nặng nhẹ tuỳ theo mức độ, đau tự nhiên hoặc tăng lên khi sờ nắn đặc biệt khi bóp vào cơ bụng chân.

3. Hội chứng màng não

Biểu hiện triệu chứng cơ năng (nhức đầu, vật vã, mê sảng) hoặc triệu chứng thực thể (cứng gáy...), về sinh hoá là một viêm màng não nước trong tăng lâm ba cầu.

4. Xung huyết

Ở màng tiếp hợp làm mắt đỏ, ở da làm da toàn thân đỏ, đôi khi phát ban.

5. Hội chứng thận

Đái ít, nước tiểu có protein. Thường là viêm thận tăng urê huyết. Urê huyết tăng cao và nhanh. Ít khi phù. Trường hợp nặng có thể vô niệu. Khi khỏi không để lại di chứng.

B. DẤU HIỆU THỨ YẾU

1. Viêm gan - thận
2. Hội chứng xuất huyết đủ mọi hình thái
3. Viêm cơ tim
4. Bệnh chứng thần kinh: viêm dây thần kinh, viêm tuỷ hay viêm não tuỷ.

VI. CHẨN ĐOÁN

– Chủ yếu gợi ý dựa trên lâm sàng hoặc dịch tễ học.

Chỉ có thể xác định bằng xét nghiệm

Xét nghiệm sinh hoá hướng về bệnh do leptospira

s://myhanoi.com.vn/

+ Tăng bạch cầu đa nhân
+ Rối loạn gan và thận
+ Viêm màng não nước trong

– Các chứng cớ chắc chắn:

1. Phát hiện leptospira

a. Cấy máu hoặc cấy nước não tuỷ: trong 5-7 ngày đầu là giai đoạn nhiễm khuẩn huyết trên môi trường đặc biệt phát triển mầm bệnh chậm cần trung bình 6-10 ngày ủ 30°C.

Dưới kính hiển vi nền đen, leptospira xuất hiện dưới dạng các sợi hình xoắn dài 6-12 µm (cũng có thể tiêm máu và nước não tuỷ cho chuột tam thể, nếu là leptospira vàng da - chảy máu sẽ có các tổn thương nội tạng đặc hiệu khi mổ tử thi).

b. Từ ngày thứ 12 tìm Leptospira trong nước tiểu sau khi đã kiềm hoá và không điều trị, bằng xét nghiệm trực tiếp hoặc tiêm truyền.

Tuy nhiên thải trừ tiểu của leptospira gián đoạn và kết quả thường âm tính.

2. Phản ứng huyết thanh học

a. Các kháng thể từ ngày 6-7, từ ngày 15 dương tính rõ ràng tăng dần đến ngày 50 rồi giảm dần có thể kéo dài nhiều tháng đến nhiều năm hàm lượng thấp.

Huyết thanh chẩn đoán cần phải làm lại cách nhau một tuần nếu hàm lượng thấp hoặc không có, hoặc để phát hiện các hàm lượng tăng cao cho phép xác định bệnh do leptospira, đang tiến triển. Xét nghiệm rất cần thiết để xác định typ huyết thanh căn nguyên.

b. Các phương pháp

Các phản ứng phát hiện nhanh: vi ngưng kết trên lam kính nhờ kháng nguyên TR - leptospira chung cho nhiều leptospira hoặc phản ứng ngưng kết với kháng nguyên biflexa Patoc (bằng ELISA) dương tính ở giai đoạn cấp (ngưỡng: 1/400)

ELISA không nhậy cảm nhiều với L.grippo-typhosa

Các phản ứng cho phép xác định typ huyết thanh gây bệnh: huyết thanh chẩn đoán của Martin và Pettit

s://myhanoi.com.vn/

Huyết thanh chẩn đoán này khó và phải có phòng xét nghiệm chuyên khoa (ngưỡng dương tính: 1/100)

c. *Huyết thanh chẩn đoán* có thể âm tính trường hợp đã điều trị kháng sinh sớm.

Ngoài ra 1 hàm lượng thấp và ổn định chứng tỏ bị bệnh trước.

VII. ĐIỀU TRỊ

1. Kháng sinh

Penicillin G liều 5-10 triệu đơn vị/ngày trong 10-15 ngày là kháng sinh hảo hạng (ở trẻ em 100.000 đơn vị/kg).

Các tetracyclin (minocyclin, doxycyclin) được dùng trong trường hợp penicillin không chịu thuốc. Kháng sinh có kết quả thực sự khi điều trị sớm, phòng các tái phát và đặc biệt các tổn thương nội tạng.

Kháng sinh có thể làm chậm hoặc ngăn cản sự sản xuất kháng thể.

Từ ngày thứ 5, hiệu quả bấp bênh hơn và số lớn các bệnh do leptospira khỏi tự nhiên (khó đánh giá).

2. Điều trị triệu chứng

Hồi phục nước - điện giải, trợ tim mạch, truyền máu (trường hợp xuất huyết nhiều, có sốc), hồi sức hô hấp và đặc biệt lọc ngoại thận rất cần thiết trong các thể nặng ở khu vực hồi sức.

VIII. PHÒNG BỆNH

Phòng bệnh cá nhân và tập thể dựa trên diệt các ổ chứa (thực tế khó): diệt chuột, theo dõi các bể bơi.

Đối với công nhân có nguy cơ: mặc quần áo bảo hộ lao động, đi găng, bốt, tiêm chủng.

Vacxin Pasteur: không có phản ứng và có kết quả, đối với L. vàng da - chảy máu. 2 lần tiêm 1ml (cách nhau 15 ngày). Sau 6-8 tháng nhắc lại, mỗi năm nhắc lại 1 lần và 2 năm tuỳ theo trả lời các kiểm tra miễn dịch.

s://myhanoi.com.vn/

VIÊM GAN DO VIRUS

I. ĐỊNH NGHĨA

Danh từ "viêm gan do virus" được dùng để chỉ những bệnh viêm gan do virus nhưng khác nhau về tác nhân gây bệnh, dịch tễ học, lâm sàng và tiến triển.

II. BỆNH HỌC

A. VIRUS VIÊM GAN A (HAV)

Là 1 picornavirus, virus ARN, không có vỏ

Đường lây chủ yếu là tiêu hoá (phân - miệng)

Virus có trong *phân* người bị nhiễm lây sang người khác bằng nhiều cách (bàn tay bẩn, nước, thực phẩm bị ô nhiễm), giai đoạn nhiễm virus huyết ngắn nên lây qua máu hiếm.

Bệnh có tính cách gây dịch hay tản phát

- Chủ yếu ở thanh thiếu niên, thường không có triệu chứng
- Tần suất liên quan chặt chẽ với điều kiện vệ sinh kém và mức sống kinh tế - xã hội thấp.
- Thời kỳ ủ bệnh ngắn (từ 2 đến 6 tuần)
- Lành tính, không chuyển thành mạn tính. Nguy kịch 0,14%
- Chỉ có một kháng nguyên HAV Ag và 1 kháng thể (anti HAV)

B. VIRUS VIÊM GAN B (HBV)

Thuộc họ Hepadnavirus, virus ADN, có 1 nhân và một vỏ

Có 3 kháng nguyên

- Kháng nguyên bề mặt viêm gan B (HBs Ag) (trước đây gọi là kháng nguyên Australia) thuộc vỏ virus.
- Nhân gồm 2 kháng nguyên:
  + Kháng nguyên trung tâm viêm gan B (HBc Ag) (core: lõi)
  + Kháng nguyên e viêm gan B (HBe Ag)

s://myhanoi.com.vn/

Giữa nhân là acid nucleic cùng với 2 enzym đóng vai trò làm phát triển và trưởng thành virus: ADN polymerase và 1 proteinekinase.

Mỗi kháng nguyên hình thành một kháng thể tương ứng: anti-HBs, anti-HBc, anti-HBe.

Tiểu thể Dane gồm có vỏ và nhân là 1 virus hoàn chỉnh.

Đường lây

Chủ yếu là máu, nhiễm virus huyết rất cao, 1ml huyết thanh chứa 10^8 virus

a. Lây truyền ngang: máu và các dẫn chất của máu, lọc máu, tiêm truyền (người truyền máu nhiều lần, xì ke ma tuý, một số bệnh nghề nghiệp đặc biệt là nhân viên y tế, xét nghiệm viên, nhất là trong đơn vị lọc máu và phòng xét nghiệm).

- Có thể lây bằng các chất tiết nhất là sinh dục và nước bọt.
- Có thể truyền theo đường tiêu hoá hoặc hoa liễu: trong gia đình một bệnh nhân bị viêm gan B, tình dục đồng giới, gái điếm.

b. Lây truyền dọc: từ người mẹ nhiễm sang thai nhi sơ sinh, rất nguy hiểm vì:

- Sơ sinh trước 6 tháng bị nhiễm, nguy cơ sẽ thành viêm gan mạn tính, hoặc mang nạn tính HBV.
- Các bà mẹ có thai 3 tháng cuối bị viêm gan cấp hoặc trong giai đoạn chu sinh.
- Bà mẹ nhiễm khuẩn mạn tính có thai
- Nếu mẹ có HBs Ag và HBe dương tính thì 85% sơ sinh bị nhiễm HBV, tuy nhiên nguy cơ này có thể giảm xuống 25% nếu mẹ HBe Ag âm tính.

Dịch tễ học

HBV có khắp nơi, nhưng tỷ lệ toàn bộ HBV thay đổi tuỳ theo vùng. Có 3 vùng:

1. *Vùng dịch địa phương thấp* (Tây Âu, Bắc Mỹ, Úc) virus viêm gan B hiếm ở trẻ em, tỷ lệ người có anti HBs là 5%.

   Người mang mạn tính (HBs Ag): 0,1-0,5%

2. *Vùng dịch địa phương trung bình* (Trung Đông, Nam Mỹ, Đông Âu, Liên Xô cũ) tỷ lệ người có anti HBs: 20-50%.

   Người mang mạn tính (HBs Ag): 2-7%.

s://myhanoi.com.vn/

3. *Vùng dịch địa phương cao* (Trung Quốc, Đông Nam Á, Châu Phi gần Sahara) tỷ lệ người có anti HBs: 70-95%. Người mang mạn tính (HBs Ag): 8-15%

Nhiễm khuẩn ở trẻ em và trong thời kỳ chu sinh thường gặp

Thời kỳ nung bệnh dài: từ 4 đến 26 tuần

Nặng hơn viêm gan virus A

Viêm gan virus B cấp chuyển thành mạn: 27-30%

1% là viêm gan cấp chuyển thành tối cấp.

C. VIRUS VIÊM GAN D (DELTA)

Virus delta là 1 virus không hoàn chỉnh ARN dùng vỏ của virus viêm gan B. Nó có đặc tính bệnh lý ở người độc nhất là cộng sinh với một virus hướng gan khác.

Dịch tễ học:

- Nhiễm khuẩn virus delta tả lần đầu tiên ở Ý và sau đó lan tràn khắp thế giới.

Ở Tây Âu và Bắc Mỹ hay gặp ở người xì ke ma tuý.

Đường lây:

- Lây của virus delta gần giống như HBV do máu và các chế phẩm của máu hoặc tiếp xúc chặt chẽ giữa người với người.
- Có 2 khả năng:

1. *Nhiễm virus viêm gan B đồng thời với virus delta.* Trong đa số trường hợp bệnh biểu hiện như một viêm gan B nhẹ, sự có mặt của virus delta không làm tăng thêm nguy cơ tiến triển đến một viêm gan virus B mạn tính.

Một số tác giả cho rằng nhiễm virus viêm gan B đồng thời với virus delta làm tăng nguy cơ thành viêm gan nguy kịch.

2. *Bội nhiễm virus delta trên 1 người mang virus B mạn tính.* Tiến triển trong 70% các trường hợp viêm gan mạn tính hoạt động và 20% tiến tới xơ gan.

D. VIRUS VIÊM GAN C

Mầm bệnh có thể là một flavivirus.

s://myhanoi.com.vn/

Chủ yếu gây các bệnh viêm gan sau truyền máu (80% các viêm gan sau truyền máu, 10% các bệnh nhân truyền máu). Fibrinogen, các yếu tố chống chảy máu VIII và IX cũng như các globulin miễn dịch có thể là nguồn lây bệnh viêm gan, giống như virus B. Ngày nay, người ta tìm một cách hệ thống người cho máu.

Cách lây khác là qua đường sinh dục: hiếm

50% tiến tới mạn tính, xơ gan phát triển trong 20%

E. VIRUS VIÊM GAN E

Giống như virus viêm gan A lây qua đường tiêu hoá

Virus có hình thể một picornavirus, bài tiết nhiều trong phân

Dịch tễ học: lây theo đường phân - miệng.

Lây theo nước được phát hiện trong các vụ dịch ở Ấn Độ và ở Angiêri, trong các vụ dịch khác lây trực tiếp giữa người và người cũng được nêu ra.

1-2% chuyển thành viêm gan nguy kịch, đặc biệt nặng của viêm gan E ở phụ nữ có mang 3 tháng cuối.

III. LÂM SÀNG

A. THỂ CẤP ĐIỂN HÌNH CÓ VÀNG DA

1. Thời kỳ nung bệnh: dài hay ngắn tuỳ thuộc vào căn nguyên. Thời kỳ này hoàn toàn yên lặng.

2. Thời kỳ tiền hoàng đản: 4 đến 10 ngày

Triệu chứng rất phức tạp và thô sơ, nếu không chú ý dễ bỏ qua. Phần lớn bệnh nhân đến bệnh viện đã sang giai đoạn toàn phát.

Theo nguyên tắc chung có một số dấu hiệu sau:

a. Dấu hiệu nhiễm trùng: sốt nhẹ 37°C - 38,5°C. Nhiều trường hợp không sốt.

b. Dấu hiệu toàn thể: bệnh nhân rất mệt mỏi, cả thể xác lẫn tinh thần.

Có sự mâu thuẫn giữa hội chứng nhiễm trùng rất nhẹ mà tình trạng mệt mỏi toàn thân rất nặng.

s://myhanoi.com.vn/

c. Dấu hiệu giả cúm: nhức đầu, đau mỏi mình mẩy, đau xương, đau khớp, phát ban hay gặp ở viêm gan B.

d. Dấu hiệu rối loạn tiêu hoá: chán ăn, miệng đắng, buồn nôn, đau vùng thượng vị, hoặc hạ sườn phải. Đặc biệt nước tiểu rất ít, sẫm màu như nước bia đặc.

Xét nghiệm: xét nghiệm trong thời kỳ này có giá trị chẩn đoán.

- Transaminase huyết thanh: bình thường SGOT 1.5 Mmol/ml, SGPT 1.3 Mmol/ml

Giá trị phải gấp 5 đến 10 lần bình thường mới có giá trị chẩn đoán. Có khi gấp 100-200 lần bình thường.

- Nước tiểu có sắc tố mật, muối mật
- Bạch cầu bình thường hoặc hạ
- Tìm HBs Ag trong huyết thanh

3. Thời kỳ toàn phát (hoàng đản)

Thường bệnh nhân đến bệnh viện trong giai đoạn này.

Hoàng đản xuất hiện từ từ và tăng dần, bắt đầu từ niêm mạc mắt rồi đến toàn bộ da, vàng da càng ngày càng tăng. Nước tiểu số lượng vẫn ít, sẫm màu.

Dấu hiệu rối loạn tiêu hoá đã đỡ hơn so với trước (thời kỳ tiền hoàng đản) nhưng khi ăn vẫn chưa thực sự ngon miệng, còn khó tiêu.

Đặc biệt bệnh nhân hết sốt nhưng vẫn còn mệt mỏi, mất ngủ.

Khám: gan bình thường hoặc hơi to, nấn hơi đau, ấn hơi tức

Xét nghiệm trong thời kỳ này có giá trị tiên lượng hơn là chẩn đoán.

- Tìm HBs Ag trong huyết thanh
- Bạch cầu bình thường hoặc hạ

Để thăm dò chức năng, tiến hành thăm dò 4 hội chứng:

a. Hội chứng huỷ hoại tế bào gan: SGOT, SGPT trở về bình thường sau 4 tuần. Nếu sau 8 tuần chưa trở về bình thường, hoặc trở về bình thường rồi lại lên cao trở lại, tiên lượng xấu nhất là khi SGOT lại cao hơn SGPT.

b. Hội chứng ứ mật: bilirubin máu toàn phần tăng cao, chủ yếu là bilirubin trực tiếp.

s://myhanoi.com.vn/

Nước tiểu có sắc tố mật, muối mật

c. Hội chứng viêm: phản ứng Mac Lagan > 5 đơn vị thymol. Tủa với thymol (+)

d. Hội chứng suy tế bào gan: cholesterol toàn phần hạ thấp chủ yếu là cholesterol este hoá.

Tỷ lệ prothrombin hạ thấp (bình thường 70-80%).

Điện di protein huyết thanh: albumin giảm.

4. Thời kỳ lui bệnh

Bệnh báo hiệu khỏi bằng một cơn đi tiểu nhiều. Nước tiểu mỗi ngày 2-3 lít, màu nhạt dần và vàng da cũng đỡ dần.

Bệnh nhân ăn uống ngon miệng và lại sức

Xét nghiệm:

Các xét nghiệm sinh hoá dần dần trở về bình thường. Đặc biệt phản ứng Mac Lagan vẫn còn dương tính từ 3-6 tháng sau.

Đối với viêm gan B xuất hiện kháng thể của HBs Ag.

Tuy nhiên ở một số người, thỉnh thoảng vẫn còn mệt mỏi, ăn uống không tiêu, đau ậm ạch vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải, xét nghiệm transaminase có thể tăng nhẹ còn các xét nghiệm khác đều bình thường gọi là hội chứng sau viêm gan thường xảy ra ở người hay lo lắng về tinh thần.

Vì vậy phải theo dõi HBs Ag. Nếu kéo dài quá 4 tháng phải nghĩ đến viêm gan mạn tính sau viêm gan virus.

B. CÁC THỂ LÂM SÀNG

Về sinh lý bệnh, các biểu hiện của viêm gan virus là kết quả của sự đáp ứng của túc chủ đối với nhiễm trùng, điều này giải thích sự đa dạng ghê gớm của viêm gan. Sự phát triển của virus bản thân ít gây bệnh cho tế bào gan.

Người ta thừa nhận sự thải trừ các tế bào gan bị nhiễm trùng phụ thuộc vào cơ chế miễn dịch thể dịch và tế bào. Bản chất và tính chất của sự đáp ứng miễn dịch này phụ thuộc vào các yếu tố di truyền dẫn đến có 4 loại biểu hiện của mối liên quan túc chủ và virus.

s://myhanoi.com.vn/

a. Đáp ứng của bệnh nhân rất mạnh làm thải trừ các virus lưu hành và trong các tế bào bị nhiễm: đó là viêm gan cấp cổ điển.

Phản ứng thải trừ có thể tối cấp làm hoại tử tế bào gan hàng loạt như trong viêm gan thể nguy kịch

b. Đáp ứng của bệnh nhân yếu và không thích đáng: thải trừ các virus mạn tính, nhân đôi virus viêm gan B kéo dài (HBs Ag dai dẳng) đồng thời huỷ hoại âm thầm tổ chức gan. Tình trạng này có thể kéo dài nhiều tháng, nhiều năm tiến triển đến xơ gan sau viêm gan, K gan tiên phát.

c. Đáp ứng của bệnh nhân yếu nhưng thích đáng: 80% các trường hợp, bệnh biểu hiện không có triệu chứng hoàn toàn và tiến triển tới khỏi.

d. Đáp ứng của bệnh nhân không có: đây là trường hợp những người khoẻ mạnh mang virus chịu đựng hoàn toàn sự phát triển virus đôi khi rất dữ dội.

Về lâm sàng có thể sơ đồ hoá chia ra làm 3 loại:

1. Thể nhẹ

a. Viêm gan cấp điển hình có hoàng đản:

- Đối với viêm gan A: hội chứng nhiễm trùng, sốt cao hơn và khởi đầu đột ngột.
- Đối với viêm gan B: sốt nhẹ, tiến triển âm thầm hơn và kéo dài hơn. Với các dấu hiệu tiêu hoá và toàn thể nổi bật.

Giai đoạn tiền hoàng đản có đau các khớp và nổi đơn.

b. Thể không vàng da: tỷ lệ cao hơn thể vàng da = 2/1 (2 không vàng da, 1 có vàng da) có tác giả: 100/1.

Đầy đủ các triệu chứng lâm sàng và sinh hoá như thể có vàng da, chỉ có triệu chứng chủ yếu là không có vàng da và xét nghiệm bilirubin máu không cao.

2. Thể viêm gan kéo dài

Trong 10% các trường hợp viêm gan virus B, bệnh dai dẳng với mang mạn tính kháng nguyên HBs trên 6 tháng.

Mang mạn tính kháng nguyên HBs có thể xảy ra sau một viêm gan cấp hoặc một thể không có triệu chứng.

s://myhanoi.com.vn/

Đặc biệt thường gặp ở những người suy giảm miễn dịch (50%) và ở 90%-100% các sơ sinh tuổi dưới 6 tháng. 30% những người mang mạn tính là những người mang mạn tính không có triệu chứng: đó là những người mang dai dẳng HBs Ag không có biểu hiện lâm sàng, sinh hoá rõ ràng nhưng có nguy cơ lây bệnh.

Thời gian mang này rất khác nhau từ vài tháng đến vài năm

a. Vàng da kéo dài đơn giản: bình thường hết vàng da trước 6 tuần. Nếu vàng da quá 6 tuần gọi là vàng da kéo dài. Vàng da ở người lớn thể kéo dài thường ứ mật.

Nổi bật là triệu chứng vàng da

Có thể khỏi từ 3-6 tháng

b. Viêm gan ứ mật: vàng da quá 6 tuần. Vàng da đậm, vàng da càng ngày càng tăng. Phosphatase kiềm tăng. Ngứa nhiều. Phân bạc màu

Có thể khỏi nhưng chậm từ 6-12 tháng

c. Viêm gan mạn tính sau viêm gan do virus hoặc chuyển thành xơ gan.

Có thể biến chứng ung thư gan tiên phát

3. Viêm gan cấp nặng (chiếm 1‰ các viêm gan B, 1% của các viêm gan cấp). Nặng tăng lên theo tuổi.

Điển hình là teo gan vàng cấp

Các biểu hiện lâm sàng lúc đầu là các biểu hiện của thể thông thường nhưng cũng có thể khởi đầu đột ngột dữ dội sốt cao 39-40°, nôn liên tục.

Ngày thứ 2-3 xuất hiện vàng da và lập tức các triệu chứng nặng của bệnh xuất hiện: hội chứng xuất huyết, rối loạn ý thức: lơ mơ, lú lẫn, mê sảng.

Sau 4-8 ngày bệnh nhân đi vào hôn mê

Khám: thở mùi gan. Mất vùng đục trước gan, gan teo nhỏ

Xét nghiệm: tỷ lệ prothrombin 30%. NH_3 máu tăng cao.

Trong 85% các trường hợp, tiến triển tới tử vong trong vài ngày.

Trường hợp khỏi, không để lại di chứng

Virus delta đóng vai trò trong một số trường hợp viêm gan nặng.

s://myhanoi.com.vn/

IV. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán viêm gan virus là một chẩn đoán vô cùng phức tạp. Trong điều kiện thực té của ta có hai tình huống:

1. Nếu không có điều kiện làm xét nghiệm miễn dịch - huyết thanh học, chúng ta dựa hẳn vào lâm sàng: trước một trường hợp hoàng đản muốn chẩn đoán căn nguyên, chúng ta phải tiến hành 3 bước:

a. Bước 1: loại trừ hoàng đản do tắc mật cơ giới như:

Sỏi mật có dấu hiệu kinh điển và trình tự: đau - sốt - vàng da. Vàng da tái đi tái lại nhiều lần.

Ung thư đầu tuỵ: xảy ra ở người nhiều tuổi, hoàng đản càng ngày càng tăng. Khởi đầu không sốt, các xét nghiệm chức năng gan bình thường.

b. Bước 2: loại trừ những trường hợp viêm gan do thuốc. Viêm gan do thuốc càng ngày càng nhiều qua 2 cơ chế: nhiễm độc và dị ứng.

Các thuốc hay gặp: Rimifon, rifamycin, aminazin, dopamin.

Khi ngừng dùng thuốc, bệnh đỡ

c. Bước 3: là những hoàng đản nhiễm khuẩn, nhiễm trùng.

Về vi khuẩn hay gặp là thương hàn, nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram âm, vi khuẩn kỵ khí, đôi khi do tụ cầu.

Hoàng đản trong một bệnh cảnh lâm sàng nặng của nhiễm khuẩn huyết.

Về ký sinh trùng dễ nhầm với sốt rét nặng và biến chứng: thể gan - mật. Có thể do amip ở gan.

Về xoắn trùng phải loại trừ hoàng đản do xoắn trùng leptospira: sốt cao, rét run, đau cơ, dấu hiệu màng não, phát ban sung huyết ở da và có biểu hiện ở thận.

Cuối cùng chúng ta mới nghĩ đến hoàng đản do virus viêm gan A,B,C,D..., dựa vào yếu tố dịch tễ, lâm sàng, sinh hoá.

2. Nếu có điều kiện chúng ta tiến hành các xét nghiệm miễn dịch - huyết thanh học để chẩn đoán căn nguyên.

s://myhanoi.com.vn/

VIÊM GAN VIRUS A

1. Các phương pháp trực tiếp

- Giai đoạn vàng da: thải trừ qua phân thực tế đã hết.

Cũng như tìm virus trong phân bằng kính hiển vi điện tử hoặc kỹ thuật phóng xạ - miễn dịch học hoặc miễn dịch enzym thường thất bại.

2. Các phương pháp gián tiếp

Chẩn đoán nhanh viêm gan virus A do tìm IgM anti HAV bằng phương pháp phóng xạ miễn dịch hoặc miễn dịch - enzym. Tìm các kháng thể anti HAV này chỉ có ích lợi về dịch tễ học mà thôi.

VIÊM GAN VIRUS B

HBV không cấy được:

- Một số test (HBs Ag và anti HBs huyết thanh) là các xét nghiệm thường quy.
- Một số khác (HBe Ag và anti HBc)

Tìm các kháng nguyên HBs và HBc trong tổ chức gan thuộc về các phòng thí nghiệm chuyên khoa, các kỹ thuật mới như tìm ADN viral trong huyết thanh hoặc lồng ghép trong genom tế bào gan chỉ thực hiện với vài tổ nghiên cứu.

- Tìm HBs Ag: nếu HBs Ag (+) chúng ta có hai tình huống:
  + Người lành mang HBs Ag
  + Viêm gan virus B đang tiến triển
- Cần tìm thêm các đánh dấu huyết thanh khác:
  + HBsAg (+) + IgM anti HBc với tỷ giá cao: mắc bệnh viêm gan virus B giai đoạn cấp tính, chắc chắn có HBe Ag trong giai đoạn này.
  + HBs Ag (-) + kháng thể anti HBs + IgM anti HBc: mắc bệnh viêm gan virus B giai đoạn muộn, tiến triển khả quan.
  + Nếu HBs Ag (+) mà không có IgM anti HBc: viêm gan cấp do một nguyên nhân khác, hoặc là người lành mang HBs Ag.

s://myhanoi.com.vn/

V. ĐIỀU TRỊ

Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu:

1. Nghỉ ngơi

Điều trị hiện nay chủ yếu là nghỉ ngơi triệt để tại giường trong thời kỳ còn mệt, còn vàng da.

Hết vàng: đi lại trong phòng

Khỏi hoàn toàn: nghỉ dưỡng sức 15 ngày đến 1 tháng rồi hoạt động bình thường.

Thời gian nghỉ linh động tuỳ theo sự phục hồi thể lực của bệnh nhân và tuỳ theo tuổi.

Nghề nghiệp của bệnh nhân cũng cần chú ý: bệnh nhân làm một nghề lý thú không cần bỏ việc, trái lại cần nghỉ ngơi trong các bệnh ảnh hưởng thể lực, mệt nhọc nhiều.

2. Tiết chế

Tất cả mọi người đều đồng ý không có một chứng cớ nào cấm mỡ, hoặc cho một chế độ ăn nghèo calo và nhạt nhẽo. Vì vậy:

- Khi còn chán ăn: ít mỡ, nhiều đường. Tốt nhất là hoa quả, nước sắc nhân trần.
- Khi muốn ăn: chế độ ăn tự do, thích gì thì ăn nấy, tuỳ theo khẩu vị từng người (kể cả trứng và sữa). Cung cấp đầy đủ calo làm ngắn giai đoạn mệt mỏi, hạn chế gầy gò.
- Chỉ cấm uống rượu ít nhất là 6 tháng đối với thể thông thường.

VI. PHÒNG BỆNH

A. ĐỐI VỚI VIÊM GAN A

Chủ yếu lây theo đường tiêu hoá

- Giai đoạn nhiễm trùng máu ngắn ở vào cuối thời kỳ nung bệnh cùng với thời kỳ thải trừ virus trong phân. Do đó trước khi được chẩn đoán thì đã lây bệnh tối đa rồi. Điều tra nhân dân nhiều nước trên 40 tuổi tỷ lệ mắc bệnh rất cao: 90% nhân dân có kháng thể kháng viêm gan A.

s://myhanoi.com.vn/

- Các phương sách thông thường về vệ sinh: cũng như các bệnh truyền nhiễm lây bằng phân.

Việc tăng cường vệ sinh là yếu tố rất quan trọng để giảm tỷ lệ mắc bệnh bằng đường phân - miệng.

Vệ sinh cá nhân: không ăn rau sống, quả xanh, không uống nước lã, rửa tay trước khi ăn.

Vệ sinh phân nước rác

- Phương sách đặc hiệu:
  + Sử dụng globulin miễn dịch đa giá, còn gọi là "Standard".

Liều 0,1ml/kg đảm bảo bảo vệ tối thiểu 3 tháng và phải tiến hành một miễn dịch chủ động tiếp theo.

(Có thể gây miễn dịch thụ động: tiêm γ globulin đa giá 16,5% liều lượng 5ml, tiêm trong vòng 7-10 ngày sau khi bị nhiễm mới có kết quả).

  + Nếu nhiễm bệnh đã lâu so với tiêm kháng thể thụ động thì không ngăn ngừa được mắc bệnh nhưng giảm nhẹ bệnh.

- Miễn dịch chủ động: vacxin đang nghiên cứu

B. ĐỐI VỚI VIÊM GAN B

Có khoảng 200 triệu người trên thế giới mang kháng nguyên của viêm gan B và khoảng 25% chết do xơ gan và ung thư gan.

Virus B có thể lây bằng nhiều đường:

- Máu
- Chất tiết sinh dục, nước bọt

Sự lây bệnh thường do đường ngoài ruột:

- Truyền máu hoặc các chế phẩm của máu
- Thẩm phân máu, tuần hoàn ngoài cơ thể
- Tiêm bằng các dụng cụ nhiễm bẩn, xăm mình, rạch da.
- Nghiện ma tuý
- Trong các nước nhiệt đới, còn do côn trùng đốt
- Còn có thể lây bệnh bằng đường hoa liễu hoặc từ mẹ sang sơ sinh

s://myhanoi.com.vn/

– Từ mẹ sang sơ sinh hay gặp trong một số vùng.

Phòng bệnh viêm gan virus B bằng nhiều cách:

a. Phòng bệnh không đặc hiệu:

Phải tuyệt đối tôn trọng các quy tắc tối thiểu về vệ sinh

Ở gia đình không được dùng chung: bàn chải đánh răng, dao cạo râu, khăn mặt.

Ở bệnh viện: khi làm việc có liên quan đến máu phải đeo găng tay, đeo kính

Đối với viêm gan lây theo đường tiêm truyền này, một lượng rất nhỏ huyết thanh cũng đủ để gây nguy hiểm.

Bệnh nhân khỏi bệnh phải có kim, ống tiêm riêng

Kim và ống tiêm phải khử trùng bằng cách đun sôi 100^{o} trong 30 phút kể từ khi bắt đầu sôi hoặc hấp khô 160^{o} trong 1 giờ.

Nếu có điều kiện: kim, ống tiêm, các kim lấy máu chỉ dùng một lần

Loại trừ những người cho máu có HBs Ag (+)

Những người có tiền sử vàng da không cho máu

Trước khi cho máu phải tìm HBs Ag bằng các phương pháp đáng tin cậy

Các bác sĩ nhân viên khoa truyền nhiễm, phòng xét nghiệm, khoa thận nhân tạo, khoa huyết học và trung tâm truyền máu phải có chế độ bảo hiểm xã hội, coi bệnh viêm gan virus là một bệnh nghề nghiệp.

Đối với các bác sĩ nha khoa có thể làm lây bệnh cho bệnh nhân nếu trong cổ họng có chứa virus viêm gan.

Các globulin miễn dịch đặc hiệu anti HBs với hàm lượng cao (100 UI/ml) cho một bảo vệ hữu hiệu trong 4-5 tuần.

Hàm lượng 0,08ml/kg tiêm bắp với tối đa là 5ml.

b. Tiêm phòng

Dùng KN HBs thu được hoặc từ plasma người: của các người lành mang HBs Ag (Hevac B)

Gồm 3 mũi 1ml tiêm bắp khoảng cách 1 tháng, nhắc lại 1 năm sau mũi thứ 3 rồi cứ 5 năm.

Có thể tiêm chủng cho sơ sinh

s://myhanoi.com.vn/

Tuỳ theo tuổi và giới, hiệu quả thay đổi

Miễn dịch tối ưu ở phụ nữ < 40 tuổi. Kiểm tra huyết thanh sau tiêm chủng dành cho nam giới và những người > 40 tuổi và những người có nguy cơ bị lây.

Lây mẹ sang con, nặng nhất là trường hợp nhiễm trùng của sơ sinh < 6 tháng với lý do nguy cơ tiến tới mạn tính, mang mạn tính HBV.

Có thể hoặc một viêm gan cấp ở mẹ 3 tháng cuối của thai nghén hoặc trong giai đoạn chu sinh hoặc ở phụ nữ có mang nhiễm trùng mạn tính.

Nguy cơ của sơ sinh bị nhiễm HBV chừng 85% nếu mẹ có HBs - Ag và HBe Ag.

Nguy cơ ít tuy rằng có, nếu HBe Ag (-) ở mẹ (25%)

Còn tuỳ theo vùng và tuỳ theo tỷ lệ mắc bệnh của viêm gan B.

Nhiễm ở trẻ em và giai đoạn chu sinh thường gặp

C. PHÒNG VIRUS D

Như phòng bệnh của viêm gan B, tiêm chủng chống viêm gan B.

BỆNH BẠI LIỆT

I. ĐỊNH NGHĨA

Còn gọi là bệnh viêm sừng trước của tuỷ xám (P.A.A: poliomyélite antérieure aiguë), bệnh liệt trẻ em.

Bệnh do virus, cấp diễn, gây bệnh chủ yếu ở các tế bào vận động của sừng trước tuỷ, làm xuất hiện ở thể điển hình liệt mềm một số cơ. Bệnh lây và gây dịch.

II. BỆNH HỌC

Do poliovirus: có 3 nhóm gây bệnh, có tính cách kháng nguyên khác nhau:

- Nhóm 1 là nhóm Brunhilde

s://myhanoi.com.vn/

- Nhóm 2 là nhóm Lansing
- Nhóm 3 là nhóm Leon

Thuộc loại virus đường ruột (enterovirus). Các virus đường ruột này đều nuôi cấy được trên các môi trường mô và tế bào và được chú ý bởi sức đề kháng và sống lâu trong ngoại cảnh. Bệnh nhân bài tiết virus qua mũi, họng trong giai đoạn đầu của bệnh rồi qua phân đôi khi trong nhiều tháng. Virus của vacxin uống, cũng đào thải qua phân và có thể lấy lại khả năng gây bệnh trong ngoại cảnh và lây cho cơ thể cảm thụ.

III. DỊCH TỄ HỌC

Lây qua đường tiêu hoá là chủ yếu; gián tiếp do nước và thực phẩm bị ô nhiễm. Trong các nước đang phát triển bệnh tản phát hoặc gây dịch nhỏ, phần nhiều ở trẻ em.

IV. SINH LÝ BỆNH

Virus xâm nhập vào cơ thể bằng đường mũi, họng hoặc tiêu hoá; rồi cơ thể sản xuất kháng thể bảo vệ.

Hiếm hơn, virus vượt đường tiêu hoá và nhiễm virus huyết này quyết định vài biểu hiện chung nhẹ hơn.

Cuối cùng, nó có thể cố định trên hệ thống thần kinh trung ương khu vực sừng trước, phá huỷ các tế bào của nơron vận động ngoại biên hoàn toàn hoặc nhẹ hơn, không kể mức nào của trục thần kinh: đó là các thể liệt của bệnh (một trường hợp cho khoảng 100 trường hợp không biểu lộ lâm sàng).

V. LÂM SÀNG

A. THỂ THÔNG THƯỜNG

1. Nung bệnh: vài ngày đến 1 tháng

2. Thời kỳ xâm nhiễm (3 đến 6 ngày)

Bất chợt hoặc sau một thời gian cảm cúm thường (sốt, đổ mồ hôi, khó chịu nhưng trẻ không bị co giật), đặc biệt có biểu hiện đau, nhất là ở các chi, cột sống, có các rối loạn cơ tròn kiểu bí đái và nhất là các dấu hiệu màng não lâm sàng và sinh hoá: nước não tuỷ trong với tăng bạch cầu vừa và protein bình thường hoặc hơi tăng.

s://myhanoi.com.vn/

3. Thời kỳ toàn phát nổi bật bởi xuất hiện liệt có các đặc điểm sau:

- Xuất hiện trong 48 giờ, liệt đột ngột tất cả những cơ bị xâm phạm.
- Liệt mềm với giảm trương lực cơ, mất các phản xạ gân xương, mất rối loạn cảm giác khách quan.
- Định khu: có thể hàng loạt, nhưng thường thì hạn chế liệt 1 chi hoặc 2 chân. Liệt không đối xứng, một số cơ hay bị: cơ delta, cơ tứ đầu đùi và khối cơ của cẳng chân trước.
- Teo nhanh kèm theo rối loạn vận mạch

Sốt và đau cơ tồn tại trong vài ngày trong khi các rối loạn cơ tròn và các dấu hiệu màng não mất nhanh. Đến ngày thứ 15 trong nước não tuỷ số lượng tế bào giảm và protein tăng.

4. Tiến triển: liệt hồi phục nhưng rất khác nhau, và không đoán trước được: hồi phục bắt đầu từ 2-3 tuần sau khi khởi đầu và kéo dài nhiều tháng, lúc đầu nhanh sau chậm hơn.

Bệnh bại liệt luôn luôn để lại các di chứng quan trọng đôi khi tương hợp với một đời sống bình thường, đôi khi lan rất rộng kiểu teo cơ, rối loạn dinh dưỡng và rối loạn sự phát triển của trẻ em.

B. THỂ HÔ HẤP

Tiên lượng nặng. Xuất hiện riêng rẽ hoặc trong bệnh cảnh nổi bật của liệt ngoại biên. Tổn thương hô hấp có thể rõ ràng tức khắc hoặc hạn chế ở các dấu hiệu nhẹ; các rối loạn thần kinh thực vật thường phối hợp thêm. Người ta phân biệt:

- Liệt các cơ hô hấp (cơ hoành, liên sườn, bụng)
- Liệt các trung tâm hành tuỷ với nhịp thở không đều và rối loạn nuốt.
- Ứ đọng khí phế quản do các rối loạn nuốt, không ho được và tăng tiết phế quản.

Ba cơ chế này thường phối hợp kèm theo rối loạn ý thức do thiếu oxy.

s://myhanoi.com.vn/

C. THỂ THÔ SƠ

Như cảm cúm, viêm họng, tháo dạ. Thường gặp rất nhiều trong các vụ dịch (80-90%). Nước não tuỷ hơi bị biến đổi. Các thể này là thể phải cảnh giác, không được tiêm, chỉ dùng thuốc uống để khỏi chuyển thành thể liệt thật sự.

VI. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Cần nắm vững yếu tố dịch tễ (các tháng có dịch, tình hình uống vacxin Sabin).

Biểu hiện đau

- Xét nghiệm nước não tuỷ: tăng lympho (20-80 hoặc hơn) trong mấy ngày; albumin tăng rất ít; đường; muối: bình thường.
- Công thức máu: bạch cầu tăng nhẹ, chủ yếu là lympho
- Virus có thể phân lập trong họng lúc khởi đầu của bệnh và trong phân trong 1 thời gian dài.
- Cố định bổ thể: mất cuối thời kỳ cấp, có giá trị chẩn đoán tốt, hoặc trung hoà tồn tại lâu, có ích về dịch tễ học, đòi hỏi phải làm 2 lần cách nhau 10-15 ngày.

Dù rõ ràng, âm ỉ, hoặc nhẹ các kháng thể xuất hiện ngày thứ 10 tăng lên rất nhanh.

2. Chẩn đoán phân biệt

a. Thể thô sơ, không liệt: phải làm xét nghiệm

b. Thể liệt:

- Với gãy xương (nếu liệt chi): nơi liệt không teo mà sưng
- Với viêm cơ, bệnh cơ: không có triệu chứng thần kinh (phản xạ...)
- Với viêm xương khớp: phát hiện tư thế chống đau
- Với viêm não: rất khó, ngoài vụ dịch. Phải chẩn đoán huyết thanh, theo dõi biến diễn của liệt (chuyển thành liệt cứng).
- Với viêm tuỷ cấp: liệt mềm đối xứng, có rối loạn cảm giác, bí đái kéo dài.
- Với liệt do bạch hầu: có liệt màn hầu, liệt đều tiết.

s://myhanoi.com.vn/

– Với hội chứng Guillain - Barré: rất khó

Liệt xuất hiện dần dần từ nơi này đến nơi kia, có khi kéo dài hàng tháng. Có rối loạn cảm giác. Có phân ly albumin và tế bào rõ từ ngày thứ 10, không teo cơ, không bị di chứng vĩnh viễn.

– Với các viêm màng não nước trong khác do lao, do xoắn khuẩn leptospira, quai bị, dại.

VII. ĐIỀU TRỊ

Chưa có thuốc điều trị đặc hiệu

Chủ yếu là điều trị triệu chứng: chống đau, tránh các tư thế bất lợi gây tàn tật sau này, chống rối loạn hô hấp.

1. Điều trị thể thô sơ

Nằm nghỉ tuyệt đối, tối thiểu một tuần, tránh gắng sức, tránh tiêm.

2. Điều trị các thể bại liệt

Nằm giường cứng, thay đổi tư thế luôn.

Chống đau bằng cách đắp khăn nước nóng, đắp parafin nóng lên các chi đau ngày nhiều lần.

Cho uống thuốc an thần, chống bị kích thích giao cảm, cho thuốc nở mao quản.

Sau khi liệt đã xuất hiện: để các chi bị liệt đúng tư thế chức năng

Xoa bóp nhẹ, cử động các khớp sau thời kỳ cấp (40 ngày) và được theo dõi ở khoa phẫu thuật chỉnh hình.

3. Điều trị các thể hô hấp

Để nằm tư thế dốc ngược: tránh ứ đọng đờm dãi

– Hô hấp tương trợ bằng phổi thép Engstrom

– Mở khí quản

VIII. PHÒNG BỆNH

Uống vacxin Sabin bắt buộc theo lịch tiêm chủng 2 giọt 3 lần cách 1 tháng nhắc lại sau một năm rồi 5 năm. Đẩy mạnh vệ sinh công cộng, giải quyết các vấn đề phân, nước, rác.

Ăn chín, uống sôi, diệt ruồi nhặng

Khi đang có dịch:

s://myhanoi.com.vn/

- Thay các thuốc tiêm bằng thuốc uống trong những trường hợp sốt không rõ nguyên nhân
- Tránh cắt hạch hạnh nhân, nạo V.A, nhổ răng
- Tránh bơi lội ở những nơi nước bẩn

CÚM

I. ĐỊNH NGHĨA

Cúm là một bệnh lây, do myxovirus, gây dịch lớn. Bệnh khởi phát đột ngột cùng với viêm long các đường hô hấp.

II. BỆNH CĂN

Virus cúm hay Myxovirus influenzae là 1 virus ARN, có hình xoắn đối xứng, có vỏ bọc, được phủ kín bằng các thể kim hemagglutinin và neuraminidase.

+ Hemagglutinin cố định virus trên các thụ thể tế bào và làm ngưng kết hồng cầu của một số loại động vật. Hemagglutinin có tính chất kháng nguyên, làm ngưng kết hồng cầu.
+ Neuraminidase, enzym cố định trên virus cúm, có vai trò tách các virus mới của màng tế bào sau khi virus phát triển.

III. DỊCH TỄ HỌC

a. Sự thay đổi kháng nguyên: cấu trúc kháng nguyên của các virus cúm có thể thay đổi từ thời đại này đến thời đại khác, từ vụ dịch này đến vụ dịch khác. Sự thay đổi kháng nguyên đặc biệt này giải thích dịch tễ học của cúm và những khó khăn của phòng bệnh bằng vacxin.

b. Có 3 typ lớn của virus cúm A, B và C

- Các virus của nhóm A: gây các đại dịch hoàn cầu. Nhiều phân nhóm của virus A xuất hiện tiếp tục:

s://myhanoi.com.vn/

Năm 1940: Ao, từ năm 1946 là A_1, từ năm 1957 là A_2. Các biến đổi kháng nguyên giữa các dưới nhóm ở mức độ quan trọng, do biến đổi của cấu trúc sinh hoá học của các kháng nguyên bề mặt.

Với mỗi một dưới nhóm, các biến đổi mức độ vừa của cấu trúc kháng nguyên cũng xảy ra.

Các biến đổi này do hoặc tái kết hợp di truyền các virus cúm khác cư trú ở súc vật, hoặc đột biến liên tiếp. Sau một vụ dịch với một typ xuất hiện một quần thể được miễn dịch khá quan trọng có thể giải thích các biến đổi kháng nguyên này.

- Các virus B và C gây các trường hợp tản phát hoặc các vụ dịch nhỏ, khu trú.

c. Đại dịch đầu tiên năm 1918-1920 gây chết 20 triệu người do virus nguồn gốc từ lợn.

Từ đó khoảng 10 năm lại xuất hiện một đại dịch tương đương với các biến đổi quan trọng của cấu trúc kháng nguyên và các vụ dịch xuất hiện cứ 2-3 năm với thay đổi nhẹ hơn.

d. Các vụ dịch có liên quan với giảm miễn dịch của quần thể, lan từ Đông sang Tây và chủ yếu là mùa đông. Điều kiện thuận lợi, người đông đúc ở thành phố, các trẻ em tuổi đi học, không miễn dịch là những người đầu tiên bị nhiễm.

Theo dõi trẻ em nghỉ học để phát hiện tỷ lệ mới mắc bệnh đầu tiên của một vụ dịch. Lây bằng đường hô hấp trực tiếp. Tính lây bệnh rất lớn. Một vụ dịch có thể ảnh hưởng từ 30-60% nhân dân.

IV. SINH LÝ HỌC

Virus cúm nhân lên trong các tế bào biểu mô của bộ máy hô hấp. Nhiễm virus huyết không hằng định và tạm thời.

Thời gian lây bệnh ngắn (2-3 ngày lúc khởi đầu của nhiễm trùng).

Xâm phạm biểu mô của niêm mạc hô hấp gây ra một phản ứng viêm dưới niêm mạc với phù kẽ và chèn dồn các tế bào đại thực bào. Khi xâm lược virus ở trên các tế bào phế nang, sự long các tế bào này gây rỉ dịch xuất huyết. Sự đông các protein rỉ dịch gây một màng đối lập với trao đổi khí. Ngoài ra các mạch máu có thể bị tắc do huyết khối.

s://myhanoi.com.vn/

Như vậy giải thích suy hô hấp của các thể phổi nặng và ác tính của cúm.

Tất cả các lứa tuổi có thể bị cúm, miễn dịch thu được chỉ là tạm thời ngay cả với chủng gây bệnh.

V. LÂM SÀNG

1. Thể thông thường

Thời kỳ ủ bệnh 2-5 ngày

Thời kỳ khởi phát: đột ngột

Ba hội chứng: hội chứng nhiễm trùng, đau, xâm phạm các đường hô hấp

- Sốt 39-40°C, bệnh nhân ủ rũ, mệt lả, rét run
- Đau lan toả và nổi rõ: nhức đầu sau hố mắt, đau cơ, đau khớp, đau mỏi sống lưng.
- Viêm long các đường hô hấp biểu hiện bằng đau họng-thanh quản, khó nuốt, và đôi khi khản tiếng. Ho là một triệu chứng hằng định.
- Ngược lại các triệu chứng cơ năng dữ dội này, khám thực thể nghèo nàn; có thể đỏ lan toả họng. X quang phổi có các hình ảnh quanh rốn, hoặc viêm phổi điển hình, phản ứng màng phổi.
- Biểu hiện tự nhiên tới khỏi từ 2-5 ngày. Ho và nhất là mệt có thể tồn tại khá lâu.

2. Các biến chứng

a. Bội nhiễm vi khuẩn là đặc điểm của người có tuổi và suy hô hấp mạn tính: do Hemophilus influenzae (còn gọi là trực khuẩn Pfeiffer mà trước kia người ta cho là vai trò trong căn nguyên của bệnh cúm), phế cầu và đặc biệt là tụ cầu.

Biểu hiện bằng sốt cao, tăng bạch cầu đa nhân, khạc ra mủ, tình trạng hô hấp nặng lên.

X quang xác định sự lan tràn và kiểu xâm nhiễm, viêm phổi hệ thống, áp xe phổi, có nước màng phổi. Trước một diễn biến kéo

s://myhanoi.com.vn/

dài cần phải nghĩ đến lao. Bội nhiễm đường hô hấp trên cùng cơ thể: viêm tai, xiêm xoang, viêm thanh quản vi khuẩn.

b. Các biến chứng khác ngoài đường hô hấp do chính bản thân virus và là rất hiếm: viêm màng ngoài tim, viêm cơ tim, viêm đa rễ dây thần kinh.

3. Các thể hô hấp nặng và cúm ác tính

- Một số yếu tố dễ làm xảy ra: suy hô hấp mạn tính, bệnh van tim hai lá.
- Thường thấy hơn, xảy ra dữ dội ở các bệnh nhân không có bệnh tật nào trước.
- Chính do bản thân virus, xâm phạm phế nang hàng loạt, hoặc do bội nhiễm vi khuẩn thường gặp, do tụ cầu. Các thể nặng này thường tử vong.

Khởi đầu của cúm có thể nghèo nàn và các triệu chứng nặng xuất hiện sau vài ngày. Trái lại có thể xảy ra sớm sau 48 giờ, chúng phối hợp:

- Suy hô hấp cấp: khó thở, tím tái
- Các rối loạn tim mạch: tim nhanh dữ dội, huyết áp kẹt lại, có thể xuất hiện nhịp ngựa phi chứng tỏ suy tim phải. ECG cho thấy chuyển trục sang phải, đôi khi có các dấu hiệu của quá tải phải hoặc các rối loạn lan toả của tái cực.
- Các biểu hiện thần kinh: rối loạn ý thức cường độ khác nhau, co giật và cả các hội chứng suy giảm có thể nhận thấy. Một phản ứng màng não lâm sàng và sinh hoá có thể xảy ra.
- Suy thận là hằng định, thường có viêm gan hoại tử.

Diễn biến có thể khả quan nhờ hồi sức hô hấp. Có thể chết nhanh mặc dù cho oxy. Mổ tử thi thấy các phổi đặc lại, toàn bộ phế nang đều đầy các chất tiết có fibrin và bạch cầu, các mạch máu phổi và cả các động mạch phổi cũng bị huyết khối.

Tuỳ theo địa tạng:

- Ở nhũ nhi, tần suất các viêm thanh quản và viêm phổi kiểu khó thở
- Ở người có tuổi, tần suất các bội nhiễm và suy tim.

s://myhanoi.com.vn/

- Ở phụ nữ có mang, có thể gây sẩy thai, virus của bệnh cúm không gây quái thai.

VI. CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán xác định: thường dễ với yếu tố dịch tễ và bệnh cảnh lâm sàng, nhưng muốn chắc chắn phải dựa vào các xét nghiệm sinh hoá.

Huyết đồ: không sử dụng vì lý do thường có bội nhiễm và sự xuất hiện ngưng kết tố lạnh không đặc hiệu.

Phân lập virus cần phải lấy bệnh phẩm bằng rửa sạch hoặc ngoáy họng càng sớm nếu có thể được và không trường hợp nào sau ngày thứ 4.

Huyết thanh học dùng:

+ Loại phản ứng ức chế NKHC
+ Hoặc phản ứng cố định bổ thể

Cần ngoáy họng cách nhau hai tuần để có động lực kháng thể.

- Thực tế hàng ngày, không thể chạy theo các xét nghiệm này mà dựa vào bệnh cảnh lâm sàng phối hợp với yếu tố lây là đủ.

Chắc chắn là một số virus khác: myxovirus, adenovirus, enterovirus của nhóm ECHO tạo ra những bệnh cảnh gần giống như mệnh danh là "chứng bệnh cúm" thực tế không có giá trị thực hành.

Có khó khăn khi có các biểu hiện hô hấp - màng phổi, phế quản hoặc họng, viêm màng ngoài tim, biểu hiện thần kinh, cần hiểu một biểu hiện như thế có thể phối hợp với virus cúm, một bội nhiễm virus cúm hoặc một nhiễm khuẩn bản chất khác.

Do đó sinh hoá có ích lợi. Không quên rằng có thể có phối hợp, đặc biệt lao và cần phải đặc biệt cảnh giác trong việc theo dõi tình trạng lại sức của cúm.

VII. ĐIỀU TRỊ

Cúm đơn giản không đòi hỏi một điều trị ngoài nghỉ ngơi, uống nhiều, aspirin phối hợp hoặc không với vitamin C và các thuốc giảm đau.

Cúm biến chứng cần dùng kháng sinh để chống bội nhiễm

s://myhanoi.com.vn/

Ở trẻ nhũ nhi, người già, người có viêm phế quản mạn, cho một cách hệ thống một kháng sinh.

Các cúm ác tính cần hồi sức ở đơn vị chuyên khoa

Phòng bệnh

a. Vacxin chống cúm: vacxin chết, bất hoạt bởi formon hoặc β propiolacton. Trộn lẫn các chủng A và B, chủng A được dùng là chủng gây các vụ dịch mới đây nhất.

Vacxin được sử dụng bằng tiêm dưới da 0,5ml ở người lớn, 0,25ml ở trẻ em < 10 tuổi.

Miễn dịch xuất hiện 10 đến 15 ngày sau và kéo dài 6-12 tháng. Bảo vệ trên 60-80% người tiêm.

Người ta thường tiêm vào mùa thu và có thể làm tăng miễn dịch bằng một lần tiêm nhắc lại trong mùa đông.

Tiêm chủng có thể áp dụng cho tất cả mọi người. Cần tiêm chủng cho người có tuổi, người có suy hô hấp mạn tính, có bệnh van tim và nhân viên y tế bệnh viện tiếp xúc với lây. Các phụ nữ có thai có thể tiêm chủng.

Chống chỉ định tiêm: dị ứng với trứng. Các phản ứng phụ chủ yếu là tại chỗ, đặc biệt đau nơi tiêm các mũi nhắc lại.

b. Một số dược liệu (amantadin) có một kết quả phòng bệnh tạm thời hoặc tốt hơn là những thuốc ức chế sự đột nhập virus trong các tế bào tiếp nhận và có một số hiệu quả phòng. Chúng có thể dùng với liều 100-200mg/ngày. Sự bảo vệ chỉ kéo dài trong khi tiêm để điều trị và chỉ giá trị đối với Myxovirus A.

QUAI BỊ

I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh cấp tính, do virus, rất lây, gây dịch, tạo miễn dịch vững bền. Virus có ái tính đặc biệt đối với hệ thống thần kinh, tuyến nước bọt và tuyến sinh dục (tinh hoàn...)

s://myhanoi.com.vn/

II. BỆNH CĂN

Tác nhân gây bệnh là virus quai bị lây bằng đường hô hấp qua các giọt nước bọt li ti của hơi thở bệnh nhân, lây ở cuối thời kỳ nung bệnh 1-2 ngày trước khi bệnh khởi phát và khoảng 5-6 ngày kể từ khi mắc bệnh. Virus nhập vào các ống dẫn nước bọt và từ đó lan toả vào máu.

III. DỊCH TỄ HỌC

Bệnh quai bị gây dịch địa phương, bùng lên thành dịch ở những nơi đông người nhất là ở những tập thể trẻ (vườn trẻ, công trường, trại tân binh): 85% quai bị mắc trước tuổi dậy thì, hiếm ở người lớn tuổi (mắc lúc còn nhỏ) và hiếm ở nhũ nhi (có kháng thể mẹ bảo vệ).

Dịch thường xuất hiện về mùa rét, nổi bật là mùa đông - xuân

Lây trực tiếp qua niêm mạc hô hấp hoặc màng tiếp hợp khi gần bệnh nhân. Các thể không có biểu hiện lâm sàng, các thể nhẹ khó chẩn đoán tạo điều kiện làm lan tràn bệnh.

IV. LÂM SÀNG

A. VIÊM TUYẾN MANG TAI QUAI BỊ

Hay gặp, chiếm 70% các biểu hiện của quai bị

1. Thời kỳ nung bệnh: 18-21 ngày

2. Thời kỳ khởi phát: phần nhiều không đột ngột, sốt vừa, bệnh nhân thấy khó chịu, nhức đầu, sợ gió và sốt lên dần.

3. Thời kỳ toàn phát: hôm sau bệnh nhân thấy nhai, nuốt ngượng, đau ở trước tai. Rồi tuyến mang tai bắt đầu sưng, lúc đầu một bên, 2-3 hôm sau sang bên kia. Chỗ sưng đau nhưng không tấy đỏ, da bóng lên, ấn đàn hồi, không lún và không hoá mủ. Mất rãnh sau xương hàm.

Thăm khám: họng hơi đỏ, lỗ ống Stenon hơi tấy lên. Các tuyến nước bọt khác (dưới hàm, dưới lưỡi) có thể bị viêm, ít khi đơn độc.

Viêm tuyến mang tai quai bị ở người lớn, biểu hiện có thể nặng hơn. Sốt có thể lên tới 40°C trong 3-4 ngày. Nhức đầu nhiều, mất ngủ.

s://myhanoi.com.vn/

4. Thời kỳ lui bệnh: phần nhiều lui bệnh sau 10-13 ngày. Không di chứng, không làm mủ.

B. CÁC BIỂU HIỆN KHÁC

1. Viêm tinh hoàn

- Có thể xuất hiện trước, trong và sau, cả khi không có tuyến mang tai. Thường gặp hơn cả, đứng hàng thứ 2 sau viêm tuyến mang tai, chỉ gặp sau tuổi dậy thì.
- Thường hậu phát sau viêm tuyến mang tai 5-10 ngày.
- Có thể xuất hiện tiên phát và một mình
- Lâm sàng: sốt trở lại 39-40^{0}C, rét run, đau bụng

Bệnh nhân đau nhói vùng tinh hoàn. Một bên tinh hoàn to lên, đỏ tấy, sưng tinh hoàn bên kia. Khi có đợt sốt 25% trường hợp sưng cả 2 bên.

Khỏi sau 8-10 ngày không hoá mủ. Phải sau 2 đến 6 tháng mới xác định được có teo hay không (5/1000). Teo 2 bên mới đưa đến vô sinh: rất hiếm.

2. Viêm buồng trứng: ở phụ nữ và hiếm

3. Viêm màng não, viêm não và tổn thương các dây thần kinh: viêm màng não thường gặp (10 đến 30%). Kiểu viêm màng não tăng lâm ba cầu. Diễn biến khỏi sau vài ngày, nhưng cũng có thể kéo dài nhiều tuần vì khó có viêm màng não đơn thuần.

Viêm não hiếm (dưới 0,5%) xảy ra đồng thời với viêm tuyến mang tai hoặc sau 2-3 tuần. Tử vong 20%.

Tổn thương các dây thần kinh sọ: điếc, một hoặc hai bên xảy ra từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 15 của bệnh. Mù do viêm dây thần kinh thị giác.

Còn có thể liệt mặt ngoại biên, tổn thương tuỷ và viêm đa rễ dây thần kinh nhưng hiếm.

4. Viêm tuy: ít gặp, thường xuất hiện vào ngày thứ 7. Bệnh nhân đau thượng vị (ấn vào rất đau), nôn.

Tăng amylase máu (không đặc hiệu của viêm tuy, có thể có đường tạm thời trong nước tiểu).

Khỏi không di chứng

s://myhanoi.com.vn/

V. CHẨN ĐOÁN

A. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Phải luôn luôn liên hệ với dịch tễ học

Xung quanh có người bị quai bị

Bệnh nhân có tiếp xúc với người bị quai bị

1. Viêm tuyến mang tai: đơn độc hoặc không điển hình.

Do vi khuẩn: phân biệt viêm tuyến mang tai có mủ do vi khuẩn: ấn có mủ, lỗ ống Stenon có tụ cầu, liên cầu.

Do virus: coxsackie A, ECHO, parainfluenzae

Sỏi trong ống Stenon: hiếm một bên, có các cơn tắc tái đi, tái lại.

2. Viêm tinh hoàn: phân biệt với viêm tinh hoàn do vi khuẩn, rất hiếm do virus: coxsackie B.

B. CHẨN ĐOÁN XÉT NGHIỆM

Chỉ tiến hành trong trường hợp không điển hình hoặc định xứ của quai bị đơn độc: viêm màng não, viêm tinh hoàn.

Chẩn đoán chắc chắn dựa vào:

- Phân lập virus trong nước bọt, nước não tuỷ, nước tiểu.
- Máu: giảm bạch cầu đa nhân. Tăng amylase máu chỉ cho ta hướng về bệnh. Tăng lipase máu đặc hiệu hơn.
- Phản ứng: cố định bổ thể ức chế ngưng kết hồng cầu. Cần làm 2 lần nếu có thể tìm IgM.

VI. ĐIỀU TRỊ

Chủ yếu là điều trị triệu chứng

1. Viêm tuyến mang tai

- Nằm nghỉ trong suốt thời kỳ còn sốt và sưng để tránh biểu hiện vào tuyến sinh dục.
- Vệ sinh mồm, họng: súc miệng bằng nước oxy già (1 thìa to vào một cốc nước) hoặc thuốc tím pha loãng.

s://myhanoi.com.vn/

- Thuốc hạ sốt: cho uống aspirin, APC 2-4 viên/ngày hoặc Seduxen 1-2 viên/ngày.

2. Viêm tinh hoàn

Nằm nghỉ ở giường: nâng hạ nang cho khỏi bị kéo sa xuống. Cho uống aspirin, APC.

Các estrogen và corticoid không làm biến đổi được tiến triển của biểu hiện này.

Estrogen tổng hợp: 5mg/ngày trong 5 ngày

Prednisolon 40mg ngày đầu rồi giảm dần trong 5 ngày.

3. Viêm tuỵ: chống đau và cho thuốc chống nôn

4. Viêm màng não: chọc bớt nước não tuỷ để giảm nhức đầu. Cho thuốc chống đau.

VII. PHÒNG BỆNH

Cách ly bệnh nhân, nghỉ học 15 ngày, đeo khẩu trang. Những người chưa lên quai bị không được đến gần, tránh hội họp đông người khi có dịch.

Có nhiều thể không có biểu hiện lâm sàng hoặc những thể viêm màng não hoặc viêm não đơn thuần nên phải cảnh giác, cách ly rất khó.

Phòng cho phụ nữ có thai; tiêm globulin tăng miễn dịch đặc hiệu (0,3ml/kg cho 1 mũi).

Dùng vacxin sống giảm hoạt (Imovax quai bị) tiêm dưới da: 1 mũi. Miễn dịch gần như mắc bệnh tự nhiên.

DẠI

I. ĐỊNH NGHĨA

Bệnh do virus gây ra ở động vật, ngẫu nhiên truyền sang người gây viêm não và tử vong 100%

s://myhanoi.com.vn/

II. BỆNH CĂN

- Virus dại là một Rhabdovirus, yếu, phá huỷ rất nhanh với xà phòng, ether, các dẫn xuất của ammonium bậc 4, nhậy cảm với sức nóng, ánh sáng và khô ráo. Có 2 loại virus dại:
- Virus tự nhiên có khả năng gây bệnh khác nhau tuỳ theo từng vùng, tuỳ theo động vật.
- Virus cố định do truyền hàng loạt làm cho tính chất gây bệnh bền vững. Các tính chất này được dùng trong điều chế vacxin.

III. DỊCH TỄ HỌC

Mỗi vùng có một loại động vật làm lan truyền bệnh.

Bệnh dại đô thị thường được truyền bởi những gia súc không được tiêm phòng (chó, mèo, hoặc các động vật khác) như ở châu Phi và châu Á. Ở Việt Nam chủ yếu là chó.

Bệnh dại rừng đang phát triển nhanh chóng chủ yếu là cáo như ở châu Âu, truyền sang trâu bò.

Ở châu Mỹ và Mỹ La Tinh, loài dơi hút máu và các loài dơi khác có thể là những động vật lành mang mầm bệnh làm lây sang các động vật khác.

Cả 3 loại dại đô thị, dại rừng và dại của các loài dơi đều có liên quan với nhau.

Các động vật bị bệnh dại thể hung dữ hay thể liệt đều chết sau 3 đến 6 ngày là những ổ chứa virus.

Virus dại truyền sang người chủ yếu bằng nước dãi. Từ hệ thống thần kinh trung ương virus vào các hạch nước dãi bằng đường thần kinh. Nước dãi có virus làm lây sang người khi cắn, cào, liếm hoặc hiếm hơn qua các vật bẩn. Virus không qua da lành. Đột nhập của virus có thể bị cản trở bởi áo quần nếu áo quần không bị rách.

Cũng có thể lây qua đường niêm mạc trường hợp hít phải virus trong các hang dơi hoặc qua mắt mũi hoặc tay bẩn có chứa dãi có virus.

IV. LÂM SÀNG

1. Thời kỳ nung bệnh: dài. Trung bình 40 ngày nhưng có thể 15 ngày cho đến 2 năm. Nung bệnh dài do đó khi lây tiến hành tiêm phòng để làm xuất hiện miễn dịch trước khi phát bệnh.

s://myhanoi.com.vn/

2. Thời kỳ khởi phát càng nhanh nếu cửa vào càng gần hệ thống thần kinh trung ương (mặt) hoặc dây thần kinh (mặt, bàn tay).

Vài tiền triệu như: ngứa chỗ cắn, rối loạn tính tình thường xuất hiện trước các triệu chứng đặc trưng.

3. Thời kỳ toàn phát

Có 2 thể:

- *Thể hung dữ:* Bệnh nhân sốt, lo lắng, trằn trọc, đôi khi có ảo giác và hoang tưởng hung dữ. Bệnh nhân có những cơn co thắt thanh quản và họng rất đau đớn gây nên triệu chứng điển hình: "sợ nước, sợ gió" mỗi khi trông thấy nước hoặc khi có một luồng gió nhẹ. Toàn bộ thần kinh bị kích thích: thở từng hồi, nói như đứt hơi, mắt long lanh, tai nghe rất thính, tăng tiết nước bọt làm cho bệnh nhân khạc nhổ luôn. Bộ máy sinh dục cũng bị kích thích: cường dương có khi xuất tinh liên tục.
- *Thể liệt:* bắt đầu thấy mất cảm giác ở nơi bị cắn, kiến bò, ngứa, rát (tê bì) rồi liệt mềm xuất hiện ở các chi dưới và lan toàn thân dần dần từ dưới lên trên (liệt hướng thượng). Tổn thương thân não kèm theo rối loạn cơ tròn. Tổn thương hành tuỷ gây liệt các dây thần kinh sọ, ngừng hô hấp và tim mạch.
- Tiến triển: chết sau vài ngày. Thế hung dữ 3-4 ngày nhanh hơn thể liệt 5-6 ngày, xảy ra ngất trong một cơn co thắt sợ nước hoặc ngừng tim mạch hoặc hô hấp.

Ở trẻ em không điển hình: mê sảng có hội chứng màng não và chết do rối loạn hành tuỷ. Dấu hiệu sợ nước, sợ gió không rõ.

V. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán phân biệt

- Trong thể hung dữ có sợ nước, sợ gió phải phân biệt với uốn ván (cứng hàm, co cứng từng cơn).
- Trong thể liệt phải phân biệt với các mầm bệnh viêm não khác, với bệnh ngộ độc thịt. Nhiều khi rất khó.

Phải theo dõi diễn biến qua 10 ngày không tử vong thì không phải bệnh dại.

s://myhanoi.com.vn/

2. Chẩn đoán xét nghiệm

Xác định bằng phát hiện các kháng thể đặc hiệu trong máu và trong nước não tuỷ.

3. Các tổn thương giải phẫu: 2 loại

- Không đặc hiệu của một viêm não tuỷ
- Đặc hiệu là các tiểu thể virus trong các tế bào tháp và hạch và trong các sừng Ammon

VI. ĐIỀU TRỊ

Cho đến nay chưa có phương pháp điều trị khi bệnh dại đã lên cơn, chết 100%.

VII. PHÒNG BỆNH

1. Xử trí khi có vết thương, vết cắn

Rửa sạch vết thương bằng nước xà phòng 20% rồi xả bằng nước sạch. Không khâu vết thương.

Tiêm phòng uốn ván

Khi vết thương ở vị trí nguy hiểm (đầu, mặt hoặc vết thương nặng) phải tiêm truyền huyết thanh kháng dại dưới da trên vết cắn 1/4-1/2ml/kg

2. Tiêm vacxin phòng bệnh

Bắt buộc tiêm phòng, chó có dấu hiệu dại:

- Chó bị đập chết ngay
- Chó sau khi cắn bỏ chạy mất
- Chó chết trong vòng 7 ngày sau khi cắn

Chỉ định theo dõi

- Vết cắn xa thần kinh trung ương: nhốt chó theo dõi, sau 7 ngày chó vẫn bình thường - không tiêm.
- Vết cắn gần đầu, mặt, cổ: vừa tiêm vacxin vừa theo dõi. Nếu chó chết < 7 ngày: tiêm tiếp. Chó sống > 7 ngày: ngừng tiêm.

3. Tiêm phòng vacxin cho chó.

s://myhanoi.com.vn/

Phần
MẮT

Biên soạn: GS. NGUYỄN DUY HÒA

s://myhanoi.com.vn/

KHÁM MẮT

Khám bệnh về mắt, cần nắm vững một số động tác khám để chẩn đoán và đánh giá chức năng của mắt, để theo dõi tiến triển của bệnh.

1. Lộn mi để khám kết mạc mi mắt

a) Mi dưới: bệnh nhân ngước mắt lên trên, lấy tay kéo mi xuống dưới.

b) Mi trên: bệnh nhân hết sức nhìn xuống dưới. Nắm lông mi ở giữa mi bằng ngón tay cái và ngón tay trỏ, kéo mi trên xuống dưới và ra phía trước rồi lộn mi lên trên. Ấn vào nhãn cầu để bộc lộ cùng đồ.

Nếu không lộn được bằng một tay, có thể lấy một ngón tay của bàn tay kia, hay lấy một que thuỷ tinh làm bản lề cuộn ngang bờ sụn mi trên để lộn mi.

c) Vành mi trong trường hợp có sang chấn, bệnh nhân nhắm kín mắt:

- Cần sử dụng hai vành mi.
- Chú ý không gây sang chấn cho giác mạc.

2. Thử thị lực

- Nếu có bảng đo thị lực, để bệnh nhân cách xa bảng 5 mét, sẽ tính được đúng thị lực. Nên thử thị lực từng mắt một.

Nếu thị lực dưới 1/10 thì giơ bàn tay cách xa bệnh nhân 5 m, để bệnh nhân nhìn đếm ngón tay. Nếu không đếm được xích lại gần cho đến khi đếm được đúng.

Nếu thị lực kém nữa, giơ tay đưa đi đưa lại trước mắt bệnh nhân, xem bệnh nhân có thấy bóng bàn tay không ?

Nếu kém nữa, lấy đèn pin hay một ngọn nến để trước mặt bệnh nhân xem bệnh nhân có biết hay không ?. Thử đi thử lại nhiều lần nếu không còn biết sáng - tối tức là mắt hoàn toàn mù tịt.

s://myhanoi.com.vn/

3. Tìm thị trường

Lấy ngọn nến hay đèn pin chiếu vào mắt bệnh nhân (mắt bệnh nhân nhìn thẳng không liếc theo), rồi để bệnh nhân chỉ ánh sáng từ hướng nào đến; để ánh sáng từ nhiều phía khác nhau (trên, dưới, trái, phải). Đo bằng thị trường kế ở các chuyên khoa.

4. Tìm phản xạ đồng tử

Bình thường:

- Ra ánh sáng, đồng tử thu nhỏ.
- Vào bóng tối, đồng tử xoè to.

Để bệnh nhân ngồi trong chỗ tối, ta chiếu đèn pin vào mắt để tìm phản xạ. Nếu đồng tử thu nhỏ, đó là còn phản xạ (phản xạ dương tính, +).

- Nếu không có đèn pin, để bệnh nhân ra ánh sáng. Lấy tay bịt nhẹ, che mắt bệnh nhân. Bỏ tay ra, nhìn nhanh xem đồng tử có thu lại hay không. Tìm nhiều lần cho chắc chắn.

5. Đo nhãn áp bằng máy Maklakov

6. Soi đáy mắt bằng máy điện

ĐAU NHỨC MẮT

1. Cần hỏi kỹ

- Vị trí của đau nhức mắt: ngoài mi, ở xương, ở vùng lệ trong nhãn cầu.

Vấn đề này nhiều khi chính bệnh nhân cũng khó tự nói ra cho đúng.

- Thời gian: liên miên, từng cơn, liên quan tới sự chuyển vận của nhãn cầu.

s://myhanoi.com.vn/

- Tính chất: khu trú hay tỏa lan xuống má, xuống mặt, xiên vào óc, đau tự nhiên hoặc sờ nắn mi đau.

2. Nguyên nhân

- Đau các bộ phận ngoài nhãn cầu: lẹo, chắp, viêm nhiễm, viêm túi lệ cấp.
- Đau các bộ phận nhãn cầu như viêm giác mạc, viêm mống mắt thể mi, viêm tổ chức hố mắt, sang chấn do ánh sáng, nhất là glôcôm cấp tính.

3. Xử trí

- Chủ yếu chữa nguyên nhân, sau mới điều trị sơ cứu đau nhức mắt, gửi ngay bệnh nhân đi khám chuyên khoa.

Điều trị sơ cứu

- Tra thuốc chống đau nhức:

1. Dicain 1%

Atropin 1% nếu chẩn đoán chính xác là viêm mống mắt, viêm giác mạc.

2. Uống Gardenal 0,05g đến 0,10g hoặc Seduxen 5mg

CHẢY NƯỚC MẮT - VIÊM TÚI LỆ

1. Chảy nước mắt

- Trẻ sơ sinh mà chảy nước mắt luôn, kèm theo dử mắt hàng ngày, nghĩ đến lệ đạo không thông bẩm sinh.

Xử trí: tra thuốc sulfat kẽm 0,5% trong 5 ngày, không đỡ, gửi ngay đến chuyên khoa để thông lệ đạo.

- Người mắc các bệnh viêm giác mạc, viêm kết mạc có dị vật là kèm theo chảy nước mắt do kích thích. Khi khỏi viêm hay khi lấy hết bụi kết hoặc giác mạc sẽ hết chảy nước mắt

s://myhanoi.com.vn/

Chảy nước mắt thường xuyên, nhất là bệnh nhân có mắt hột, nghĩ ngay đến tắc lệ đạo thì nên thăm dò lệ đạo. Tra thuốc có màu (thuốc đỏ 1%, Argyrol 3%) sau 5 phút nếu khạc sỉ mũi có màu là không tắc.

Hoặc bơm nước qua điểm lệ xem có xuống mũi, mồm không ; nếu lệ đạo tắc phi thông nhiều lần cho hết tắc.

2. Viêm túi lệ

Có hai loại: viêm cấp và viêm mạn tính

a. Viêm cấp: vùng túi lệ (cạnh góc mắt) sưng, nóng, đỏ, đau, sau 5 - 6 ngày vỡ mủ. Có thể sưng lại hoặc thành lỗ rò, hoặc thành áp xe.

Xử trí: uống sulfamid, kháng sinh. Nếu thành mủ: trích như áp xe.

b. Viêm mạn tính:

- Chảy nước mắt mạn tính.
- Túi lệ có thể phồng nhẹ thành một nang u nhỏ.
- Ấn vào túi lệ, có chất nhờn, hoặc mủ thoát ra ngoài lỗ lệ
- Dễ kéo dài, bệnh nhân hay bị toét mắt, hoặc viêm kết mạc.

Xử trí

- Bơm rửa lệ đạo bằng nước muối sinh lý.
- Phẫu thuật đục xương túi lệ.

TẬT KHÚC XẠ

1. Mắt bình thường

Trục trước sau của mắt dài từ 22 đến 24 milimet.

Hình ảnh của một vật ở xa trung bình 5 m tập trung đúng trên võng mạc nên ta nhìn rất rõ.

2. Mắt cận thị

Trục mắt dài hơn bình thường.

s://myhanoi.com.vn/

Hình ảnh của một vật ở xa không tập trung đúng trên võng mạc mà ở đằng trước võng mạc nên ta nhìn mờ.

Nếu mắt nhích lại gần hơn, ảnh tập trung đúng trên võng mạc nên người cận thị nhìn gần thấy rõ.

Cận thị hay xuất hiện khi trẻ em đi học, tăng dần cho đến lúc 18 - 20 tuổi.

3. Mắt viễn thị

Trục mắt ngắn hơn bình thường. Hình ảnh của một vật tập trung ở đằng sau võng mạc nên nhìn không rõ nét. Người viễn thị phải cố gắng điều tiết mắt cho nhìn rõ nên rất hay bị nhức đầu, chóng mặt, mỏi mắt.

4. Mắt lão thị

Mắt sở dĩ có thể vừa nhìn xa, vừa nhìn gần được vì có khả năng điều tiết. Khả năng điều tiết do thuỷ tinh thể và giảm dần lúc ngoài 40 tuổi trở đi. Lúc đó, mắt chỉ có thể nhìn xa và nhìn gần sẽ không rõ nên gọi là lão thị.

5. Loạn thị

Bình thường giác mạc tròn đều, độ cong của các đường tuyến ngang dọc bằng nhau. Nếu độ cong của các tuyến đó không đều nhau (do sẹo ở giác mạc, vết mổ ở rìa giác mạc, v.v...) thì mắt sẽ nhìn mờ, các vật không rõ nét. Như vậy là loạn thị.

6. Điều chỉnh tật khúc xạ

- Cận thị: đeo kính phân kỳ (dấu -). Cận thị nhẹ dưới 2 điôp không cần đeo kính, trên 3 điôp nhìn xa không rõ nên đeo kính đủ số. Đọc sách có thể bỏ kính mà không hại.
- Viễn thị và lão thị: đeo kính hội tụ (dấu +). Nếu viễn thị nhẹ có thể tự điều tiết, không cần đeo kính. Nếu nặng từ 2 điôp nên đeo kính luôn. Đối với lão thị cần đeo kính để đọc sách
- Loạn thị: Đeo kính trụ

s://myhanoi.com.vn/

7. Đề phòng cận thị

Khi đọc sách không để sách quá gần mắt (dưới 30 cm), không đọc sách ở chỗ thiếu ánh sáng. Ở nhà trường, lớp học nên sáng sủa, bàn ghế đóng đúng kích thước cho trẻ em ngồi, hai chân buông thõng chạm đất, hai tay đặt lên bàn, không so vai, ngực không chạm bàn, mắt xa mặt bàn từ 30 - 40 cm. Theo dõi sửa chữa cho những em đọc hoặc viết mắt nhìn gần quá, hoặc ngoẹo đầu, ngoẹo cổ, v.v....

MỘNG THỊT

Là một tổ chức tân tạo trên kết mạc nhãn cầu, xuất phát từ góc bò dần ra giác mạc, quá trình hình thành một cách tự nhiên và dần dần, không có triệu chứng viêm nhiễm.

1. Mộng thịt gồm ba phần

- Đầu mộng dính chặt vào giác mạc.
- Thân mộng dài, hình nan quạt nằm trên kết mạc, có nhiều mạch máu đỏ bò từ chân mộng đến đầu mộng.
- Cổ mộng tương ứng với vùng rìa giác mạc nối liền đầu mộng với thân mộng.

2. Phân loại mộng

- *Loại mộng không tiến triển*: sau khi bò đến rìa giác mạc thì dừng lại, ở trước đầu mộng có một đường viền mỏng trắng màu sứ.
- *Loại mộng tiến triển*: gọi là mộng xâm lăng, bò nhanh vào đến trung tâm giác mạc, ảnh hưởng đến thị lực. Loại mộng này to, dày và đỏ, có nhiều mạch máu, đầu viền một đường trong như thạch chín, gồm các tế bào non đang hoạt động mạnh.

s://myhanoi.com.vn/

3. Xử trí

- Loại mộng non hoặc mộng không tiến triển, không xâm nhập quá 3 milimet thì để yên không can thiệp.
- Chỉ nên phẫu thuật khi mộng to, dày (mộng xâm lăng) hoặc sắp vào tới đồng tử. Dùng phương pháp vùi mộng, hoặc cắt bỏ mộng và ghép bằng rau, màng môi, v.v song phải thận trọng vì mổ mộng dễ tái phát.

CHẮP, LẸO

1. Chắp

Viêm mạn tính của tuyến Meibomuis, do đó:

- Không sưng, không đỏ, không đau, không làm mủ (trừ khi chắp bị bội nhiễm).
- Ở xa bờ mi vì tuyến Meibomius nằm sâu trong lớp sụn mi, sờ nắn ngoài thấy một cục nhỏ như hạt đỗ, rắn và không đi động theo da.

2. Lẹo

Là một áp xe của tuyến Zeiss nằm ngay ở chân lông mi, có tính chất khác hẳn chắp.

- Đầy đủ tính chất của một viêm cấp: sưng, nóng, đỏ, đau và tiến triển nhanh. Có khi sưng ít, có khi sưng to cả mi mắt và ứ phù kết mạc làm cho ta dễ nghĩ đến một viêm nhiễm nặng trong nhãn cầu.
- Lẹo ở sát ngay bờ mi, dính chặt vào da mí. Sau 3 - 4 ngày lẹo làm mủ rồi vỡ. Lẹo hay tái phát hết mi này sang mi kia.

3. Xử trí

a. Chắp

- Bé thì không cần can thiệp.

s://myhanoi.com.vn/

- Lớn quá hoặc viêm nhiễm thì chích và nạo. Cần chú ý nạo kỹ cả vỏ bọc để tránh tái phát.

b. Lẹo

- Khi mới mọc đắp nước nóng, uống sulfamid, thuốc kháng sinh.
- Đã chín mủ: chích và nạo sạch.
- Đề phòng tái phát: Bôi mỡ kháng sinh hàng ngày vào bờ mi.
- Nâng cao thể trạng: nghỉ ngơi, bồi dưỡng, chống táo bón.

MẮT VÀ NGHỀ NGHIỆP

Vấn đề chức năng thị giác rất quan trọng trong các ngành, các nghề, nhất là trong giai đoạn công nghệ phát triển. Thị giác tốt, năng suất sẽ tăng.

Trong tương lai, sẽ thường xuyên phải kiểm tra thị lực của công nhân ở các xí nghiệp để phát hiện các tật khúc xạ, điều chỉnh công tác, để đảm bảo an toàn lao động.

Đánh giá chức năng thị giác trong nghề nghiệp chú ý các yếu tố sau đây:

1. Thị lực

Quan trọng nhất.

- Có ngành cần có thị lực hoàn toàn 10/10 của từng mắt (lái máy bay, lái tàu thuỷ, lái tàu hoả, v.v...).
- Có ngành không đòi hỏi một thị lực cao lắm: công nhân luyện kim có thể có một mắt 7/10, một mắt 5/10. Mỗi ngành, mỗi nghề cần có một tiêu chuẩn riêng để đảm bảo công tác cho tốt. Tiêu chuẩn thị lực tuyển dụng vào các ngành nghề có bảng quy định riêng của Bộ y tế.

2. Thị trường

Thị trường thu hẹp là triệu chứng các bệnh của dây thần kinh thị giác.

s://myhanoi.com.vn/

Thường thường nếu thị trường thu hẹp thì thị lực cũng giảm sút. Bình thường thị trường của hai mắt là 180°. Của một mắt là 150°. Người nào còn có một mắt, không được làm nghề lái xe và cũng không được làm nghề đòi hỏi chính xác cao (vì người có một mắt sẽ bị hạn chế rất nhiều trong việc nhận định các hình nổi hoặc chiều sâu).

3. Màu sắc

Người có hỗn loạn màu sắc không được làm nghề như: lái xe, lái tàu, nghề vẽ, nghề nhuộm.

PHÒNG CHỐNG MẮT HỘT

I. ĐỊNH NGHĨA

Mắt hột là một viêm kết mạc đặc biệt, lây lan, mạn tính do một loại tác nhân nằm trong ranh giới giữa virus và vi khuẩn, gọi là Chlamydia Trachomatis thể hiện trên lâm sàng bằng thẩm lậu, hột, nhú gia và thường kết thúc bằng sẹo.

II. ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH MẮT HỘT Ở VIỆT NAM

1. Tính chất phổ biến

Các cuộc điều tra cơ bản những năm bắt đầu tổ chức công tác phòng chống bệnh mắt hột cho thấy tỷ lệ bệnh mắt hột hoạt tính rất cao, ở khắp mọi nơi (từ 50 - 80%).

Sau ba mươi năm tổ chức phòng chống bệnh mắt hột, tỷ lệ bệnh mắt hột đã giảm xuống một cách rất đáng kể. Các cuộc phúc tra ở các vùng được chữa mắt hột cho thấy tỷ lệ hoạt tính chỉ còn 25 - 30%. Đặc biệt hình thái lâm sàng ngày càng nhẹ bớt đi.

2. Tính chất trầm trọng

Trước đây, bệnh mắt hột rất trầm trọng ở nước ta, vì hay bị bội nhiễm do các vi khuẩn thông thường làm cho mắt hột hay gây

s://myhanoi.com.vn/

biến chứng như lông quặm, màng máu bội nhiễm, loét giác mạc, có thể dẫn đến mù loà. Mắt hột trong nhiều năm qua đã là nguyên nhân hàng đầu gây mù loà ở nước ta. Trong các biến chứng thì lông quặm là biến chứng phổ biến nhất (trên dưới 70% trên các bệnh nhân mắt hột).

Chính vì vậy mà mắt hột đã trở thành và vẫn tồn tại như là một bệnh có tính chất xã hội ở nước ta. Nó ảnh hưởng sâu sắc đến sinh hoạt, đến học tập, đến lao động. Nó đòi hỏi chúng ta phải tập trung mọi lực lượng, mọi công sức, mọi đoàn thể, và toàn ngành y tế trong công tác phòng chống.

III. PHÂN LOẠI BỆNH MẮT HỘT

Ngày nay, hầu hết các nước còn mắt hột, áp dụng bảng phân loại của Tổ chức y tế thế giới (OMS) dựa trên nền tảng của bảng phân loại gốc của MacCallan và có thêm nhiều ký hiệu để đánh giá được mức độ của các tổn thương cả trên kết mạc và trên giác mạc.

Chúng ta ngày càng có nhiều trao đổi với các chuyên viên mắt hột trong Tổ chức Y tế thế giới (Mỹ, Nhật, Nga, Pháp) nên cũng áp dụng bảng phân loại này.

1. Phân loại của OMS

Chia bệnh mắt hột ra làm 5 thời kỳ

1. *Bệnh mắt hột nghi ngờ (Trachoma dubium - Tr ?)*

   Chưa đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán mắt hột trên lâm sàng

2. *Tr I:* Mắt hột ở giai đoạn sơ phát

   Chủ yếu là tiền hột và hột non ở kết mạc mi trên hoặc bờ trên của sụn, hoặc cùng đồ trên.

3. *Tr II:* Mắt hột ở giai đoạn toàn phát

- Hột phát triển to, chín, dễ vỡ trên khắp vị trí của kết mạc, cả mi trên và mi dưới. Mi dưới thường nhẹ hơn mi trên
- Có thể thấy rõ thường trên giác mạc (hột, màng máu) bằng mắt thường, có đeo kính lúp hai mắt.
- Qua kính hiển vi, chắc chắn thấy màng máu.

s://myhanoi.com.vn/

4. Tr III: Mắt hột ở thời kỳ tiền sẹo

Đây là thời kỳ xen kẽ giữa các tổn thương tiến triển (hột - thẩm lậu - nhú gai) và tổn thương thoái triển (sẹo) của bệnh mắt hột.

5. Tr IV: Mắt hột đã hoàn toàn làm sẹo: hết các tổn thương tiến triển

Chú thích

TrI - TrII - TrIII là các thời kỳ hoạt tính của bệnh mắt hột - đòi hỏi phải điều trị đặc hiệu: tích cực và liên tục cho đến khi chuyển hẳn sang Tr IV.

2. Phân loại của Việt Nam

Ta chia bảng phân loại của OMS ra làm hai bảng phân loại:

a. Bảng phân loại áp dụng cho các tuyến tỉnh, có thể phục vụ cho các tài liệu nghiên cứu khoa học và trao đổi với nước ngoài.

b. Một bảng phân loại đơn giản, áp dụng cho tuyến cơ sở, cho các cán bộ y tế phụ trách chăm sóc mắt ban đầu. Bảng phân loại này không cần đánh giá các tổn thương trên giác mạc.

IV. LÂM SÀNG BỆNH MẮT HỘT

1. Tr I

Mắt hột ở thời kỳ Tr I chủ yếu được phát hiện qua các đợt điều tra cơ bản ở các lớp mẫu giáo, vỡ lòng và các trường phổ thông.

Ở những nơi nào còn tỷ lệ hoạt tính cao thì tuổi mắc bệnh lại thấp 1, 2 tuổi đã có mắt hột.

Ngược lại, ở nơi nào mắt hột hoạt tính thấp, ít bội nhiễm, thì tuổi mắc bệnh lại cao thêm (2, 3 tuổi). Dấu hiệu hầu như độc nhất là sự xuất hiện của các hột nhỏ (còn gọi là hột non trong cùng đồ) hoặc tiền hột (trên kết mạc sụn mi trên). Khi lộn mi trên của các em nhỏ, ta thường thấy qua kính lúp, với ánh sáng đầy đủ, các tiền hột màu vàng nhạt, chưa nổi rõ lên khỏi bình diện kết mạc. Hột bao giờ cũng xuất hiện trên nền của thẩm lậu kết mạc, làm cho các mạch máu bị che lấp.

s://myhanoi.com.vn/

Trên vùng bờ mi của kết mạc sụn mi ta thấy một số hột lăn tăn, mọc thành một dãy, đục lờ. nếu bộc lộ cùng đồ, bằng một kỹ thuật đơn giản, ấn mạnh vào nhãn cầu qua mi dưới bằng một ngón của một bàn tay, bệnh nhân cố nhìn xuống dưới động thời lộn mi trên, ta sẽ thấy ở sâu trong cùng đồ, có một số hột non nổi lên khá rõ.

Đặc biệt ở Tr I chưa có hột nào vỡ được, và hoàn toàn chưa có sẹo.

2. Tr II

Đây là thời kỳ toàn phát của bệnh mắt hột.

Hột ở các vị trí phát triển nhiều, trong khi đó vẫn tiếp tục có một số hột mới xuất hiện

Trên kết mạc sụn mi, trên bờ trên của sụn, trong cùng đồ, thấy xuất hiện nhiều hột to, chín mọng, đục lờ, có nhiều hột dính sát, đúc nhập vào nhau.

Đặc điểm của các hột chính già này là rất dễ vỡ khi ta dùng một lam kính ấn nhẹ vào các hột đó. Hột vỡ tiết ra một chất nhầy đặc biệt. Các hột vỡ ra sẽ được thay thế bằng sẹo.

Đôi khi có thể qua kính lúp phóng đại cũng đã thấy được cái sẹo nhỏ trên kết mạc sụn mi trên. Trên giác mạc, có thể bằng mắt thường, đeo kính lúp hai mắt cũng có thể thấy được hột trên giác mạc, thấy màng máu.

Đặc biệt trước đây, ở các vùng có bệnh mắt hột nặng thì ngay ở Tr II, cùng với các sẹo xuất hiện trên kết mạc sụn mi trên, còn có thể thấy được sẹo trên cực trên của giác mạc, như những lõm hột, hoặc những răng cưa của một con tem.

3. Tr III

Đây là thời kỳ tiền sẹo

Phần lớn các hột đã vỡ ra, đã được thay thế bằng sẹo, nhìn thấy rõ bằng mắt thường. Tuy vậy vẫn còn có thể tồn tại một số ít hột, và đặc biệt còn thẩm lậu.

Thời kỳ này kéo dài hàng chục năm, nếu không điều trị thật tích cực.

s://myhanoi.com.vn/

Thời kỳ này cũng là thời kỳ có biến chứng lông quặm, loét giác mạc

4. Tr IV

Mất hột đã hết yếu tố hoạt tính. Trên kết mạc cũng như trên giác mạc chỉ còn tồn tại yếu tố duy nhất là yếu tố sẹo.

V. CHẨN ĐOÁN MẮT HỘT TRÊN LÂM SÀNG

Trên thực địa, chúng ta không có điều kiện làm các xét nghiệm để chẩn đoán bệnh mắt hột. Chúng ta cũng không có phương tiện máy móc quang học hiện đại như máy siêu hiển vi. Chúng ta chỉ có thể chẩn đoán bệnh mắt hột dựa vào phương tiện của kính lúp hai mắt. Vì vậy phải dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán do tổ chức y tế thế giới nêu lên những năm gần đây nhất.

Muốn chẩn đoán bệnh mắt hột khi tiến hành khám bệnh hàng loạt trên thực địa phải ít nhất có hai trong các dấu hiệu sau đây:

1. Hột trên kết mạc sụn mi trên
2. Hột hoặc di chứng của hột trên giác mạc
3. Màng máu chủ yếu khu trú ở cực trên
4. Sẹo đặc hiệu, trên kết mạc.

Chúng tôi thống nhất với điểm bổ sung của các chuyên viên mắt hột trong tiểu ban của Tổ chức y tế thế giới khi nhận định rằng:

Ở những nơi còn có đau mắt hột lưu hành mạnh (như ở Việt Nam chúng ta) thì một tiêu chuẩn cũng đủ để chẩn đoán mắt hột.

Tiêu chuẩn ấy trên các trẻ em chỉ là Hột (ở thời kỳ Tr I) vì trên các em nhỏ (1 - 5 tuổi) chưa có hột hoặc lõm hột trên giác mạc, cũng như chưa có sẹo.

IV. ĐIỀU TRỊ BỆNH MẮT HỘT

1. Cần điều trị cho những ai ?

– Nếu chúng ta có đầy đủ thuốc đặc hiệu thì ta điều trị cho cả bệnh nhân còn mắt hột hoạt tính ở tất cả các lứa tuổi.

s://myhanoi.com.vn/

- Nếu chúng ta chưa đủ thuốc điều trị, thì phải tập trung điều trị ưu tiên cho các lứa tuổi nhỏ từ vườn trẻ, mẫu giáo, đến lứa tuổi học sinh phổ thông cấp I - II, là lứa tuổi dễ mắc bệnh mắt hột nhất.
- Hiện nay có nhiều xã đã và đang có kế hoạch thanh toán bệnh mắt hột, thì chúng ta cần tập trung thuốc để điều trị cho toàn dân.

2. Nguyên tắc điều trị

- Nếu điều trị sớm, thì bệnh có thể khỏi nhanh, để lại các sẹo mỏng, mịn, không cần các phương pháp cơ giới, và không gây biến chứng lông quặm.
- Cần kết hợp điều trị và phòng bệnh, tăng cường vệ sinh phòng bệnh, cải thiện môi trường xung quanh.
- Đối với những trường hợp nghi ngờ mắt hột, nếu không đủ thuốc đặc hiệu thì chỉ cần tra các thuốc sát khuẩn, chống bội nhiễm, mắt hột có thể tự khỏi.
- Điều trị mắt hột ngày nay chỉ cần dùng thuốc đặc hiệu tra mắt. Rất hãn hữu phải dùng đến phương pháp cơ giới. Ví dụ: cần chữa bệnh cho khỏi nhanh, chuẩn bị cho người có mắt hột hoạt tính đi lao động hợp tác nước ngoài.

3. Các thuốc đặc hiệu

a. Sulfamid:

- Sulfacylum 20% hoặc 10%. Tra ngày 2 lần, liên tục từ 3 - 6 tháng.
- S.M.P (Sulfametoxypyridazin) 10%. Tra ngày 1 lần (vì là thuốc chậm tiêu) từ 3 - 6 tháng.

b. Kháng sinh

Thuốc tra cloramphenicol 0,4%: thuốc ít có tác dụng đặc trị, chủ yếu chống các vi khuẩn gây bội nhiễm. Tra ngày 1 - 2 lần, trong những ngày không dùng kháng sinh đặc hiệu loại tetracyclin khi áp dụng phác đồ gián đoạn.

s://myhanoi.com.vn/

4. Các phác đồ điều trị bệnh mắt hột bằng mỡ tetracyclin 1%

a. Tra mỡ tetracyclin 1% liên tục, ngày một lần buổi tối trong 3 - 6 tháng.

b. Tra mỡ tetracyclin 1% gián đoạn, ngày 1 lần buổi tối trong 10ngày/ 1tháng/ 6 tháng. Những ngày không tra thuốc mỡ thì tra cloramphenicol 0,4% hoặc Thimerosal 0,03% ngày 1 lần.

5. Phòng bệnh mắt hột

Công tác phòng bệnh mắt hột được dựa trên cơ sở các thu hoạch mới đây nhất về dịch tễ học của bệnh.

Để đề phòng bệnh mắt hột một cách có hiệu quả, cần cắt đứt được các khâu trung gian truyền bệnh, cũng như dập tắt các ổ lây trong các gia đình, khi các em nhỏ lành bệnh vẫn sống chung với các em khác đang có mắt hột hoạt tính. Một khâu trung gian truyền bệnh mà ta có thể can thiệp vào là tổ chức diệt ruồi, có khả năng bay từ mắt các em có bệnh, có nhiều dử mắt, rồi đậu sang mắt các em nhỏ khác còn lành bệnh. Ruồi có thể bay xa hàng trăm mét để truyền bệnh.

Những năm trước, khoa mắt hột Viện mắt trung ương đã tiến hành có kết quả tốt phòng bệnh mắt hột bằng phương pháp rửa mắt buổi sáng bằng khăn mặt vò xát xà phòng (xà phòng thơm thì càng tốt), lúc đầu có thể cay mắt song những ngày sau quen dần. Biện pháp rửa mặt hàng ngày bằng khăn mặt vò xà phòng có tác dụng chắc chắn là chống được bệnh đau mắt hột.

Ngoài ra, việc tuyên truyền giáo dục rộng rãi trong nhân dân nhất là ở vùng nông thôn còn nhiều mắt hột hơn ở thành thị, tăng cường ý thức vệ sinh phòng bệnh cá nhân và tập thể, vận động nhân dân sử dụng nước giếng trong, dùng nước riêng, chậu riêng, tổng vệ sinh đều đặn hàng tuần, góp phần quan trọng trong công tác phòng chống bệnh mắt hột.

Ngày nay, công tác phòng chống bệnh mắt hột đã được đưa về tận tuyến cơ sở, với việc chăm sóc mắt ban đầu do Tổ chức y tế thế giới nêu lên.

s://myhanoi.com.vn/

Đồng thời với việc phòng chống bệnh mắt hột một vấn đề khác được nằm trong khuôn khổ lớn hơn, tức là công tác phòng chống mù loà. Không phải chúng ta chỉ đề ra phòng chống bệnh mắt hột mà còn phải tích cực phòng chống các bệnh hay gây mù khác như bệnh thiếu vitamin A, glôcôm, đục thể thuỷ tinh, v.v...

VIÊM KẾT MẠC

I. CÁC TRIỆU CHỨNG CHUNG CỦA VIÊM KẾT MẠC

Viêm kết mạc (chủ yếu là viêm kết mạc cấp) có nhiều nguyên nhân, tác nhân gây bệnh khác nhau, song có một số triệu chứng chung:

1. Chủ quan

- Cảm giác cộm, chói, như có bụi trong mắt, chảy nước mắt, sợ ánh sáng.
- Không đau nhức

Có một triệu chứng âm tính: đó là thị lực không bị ảnh hưởng sau khi ta lau cho mắt bệnh nhân hết dử, hết tiết tố.

2. Khách quan

- Tiết tố dử làm cho sáng sớm, khi ngủ dậy hai mi dính chặt, phải lau chùi hết dử mới mở được mắt. Tiết tố thành mủ trong viêm lậu cầu.
- Cương tụ kết mạc mi: mạch máu phát triển, kết mạc đỏ, lộn mi thấy nhiều gai nhú.
- Cương tụ kết mạc nhãn cầu
- Mạch máu phát triển nhiều, cương tụ mạch máu phát triển khi tiến về phía cùng đồ
- Mạch máu sát rìa lại không phát triển.

s://myhanoi.com.vn/

II. MỘT SỐ VIÊM KẾT MẠC CẤP HAY GẶP

1. Viêm kết mạc lậu cầu

- Tuy khá hiếm, song rất nặng. Hình thái thấy nhiều hơn là hình thái viêm kết mạc lậu cầu trên trẻ sơ sinh được 2 - 3 ngày, do lậu cầu từ bộ phận sinh dục của người mẹ lây sang.
- Hai mi sưng mọng, vì cả hai mắt cùng bị viêm nhiễm một lúc: qua khe mi, mủ đặc màu vàng xanh chảy thoát ra ngoài và nhanh chóng hình thành lại sau khi mủ đã được lau chùi hết.
- Bệnh có thể gây biến chứng loét, thủng giác mạc gây mủ.

Xử trí

a. Phòng bệnh

Áp dụng thành kỷ luật phương pháp CRÉDÉ. Tất cả trẻ sơ sinh đều phải được tra nitrat bạc 0,5%.

b. Điều trị

Pha dung dịch penicillin 20.000 - 50.000 đơn vị/ 1ml nước cất. Rửa sạch mắt cho hết mủ, mắt mở được thì giảm bớt số lần tra thuốc.

Vì trẻ sơ sinh quá ít ngày, nên không tiêm kháng sinh toàn thân.

2. Viêm kết mạc giả mạc

Thường xuất hiện trên các trẻ em bị bệnh bạch hầu.

Ngày nay khá hiếm do ta tăng cường công tác tiêm chủng và vệ sinh phòng bệnh

Triệu chứng

- Toàn thân: có sốt, có phản ứng hạch trước tai.
- Tại chỗ: mi mắt sưng phồng, song nhẹ hơn viêm lậu cầu. Không có tiết tố mủ.

Lộn kết mạc mi trên, thấy một lớp màng giả, dày và dính chắc vào kết mạc. Khi dùng cặp để tách giả mạc, kết mạc bị rớm máu. giả mạc cũng xuất hiện nhanh sau khi bóc tách

Xử trí

Lau sạch mắt, bóc tách giả mạc và tra kháng sinh (penicillin hoặc Streptomycin) ngày 10 - 12 lần.

s://myhanoi.com.vn/

Có thể tiêm kháng sinh toàn thân. Chú ý thử test.

3. Viêm kết mạc thành dịch (A.P.C)

Trên 20 năm nay, nhiều vụ dịch đau mắt đỏ đã làm cho hàng chục triệu người trên thế giới mắc bệnh, xuất hiện nhiều năm ở chúng ta, cũng đã làm cho hàng trăm nghìn người mắc bệnh.

Tác nhân gay bệnh là một loại virus gọi là Adeno virus.

a. Triệu chứng

Đây là một bệnh toàn thân có kèm theo nhiều biểu hiện trên mắt (A = hạch; P = viêm họng; C = Viêm kết mạc. APC = Viêm kết mạc - họng - hạch).

- Toàn thân: người mệt mỏi, cảm cúm, sốt nhẹ
- Viêm họng: nuốt nước bọt hơi thấy đau.
- Hạch trước tai, ấn vào thấy đau
- Trên mắt:
  + Mi mắt phù nề cấp diễn, khó mở, nước mắt chảy nhiều, sợ ánh sáng.
  + Kết mạc nhãn cầu có thoát huyết thành chấm to có khi thành đám.
  + Vành mi trên nhất là mi dưới thấy nhiều hột to, mọc thành dãy, xuất hiện nhanh và cũng tiêu đi nhanh, trong 5 - 6 ngày không để lại sẹo.
  + Sau giai đoạn kết mạc, đến giai đoạn giác mạc khoảng 20% bệnh nhân có biến chứng trên giác mạc, xuất hiện những chấm nông trên biểu mô, bắt Fluorescéine và tồn tại hàng tháng

b. Dịch tễ học: bệnh lây lan qua hai đường

- *Hô hấp trên*: nếu lây lan qua đường này thì hay có biểu hiện toàn thân.
- *Tiếp xúc trực tiếp*: ví dụ bắt tay, dùng chung khăn, hay lọ thuốc của người bệnh, hoặc nước bể bơi bị ô nhiễm. Dấu hiệu trên mắt lại chiếm ưu thế. Có khi không có biểu hiện toàn thân.

s://myhanoi.com.vn/

c. Phòng bệnh và điều trị

- Cách ly người bệnh: người đang mắc bệnh cần được nghỉ ở nhà, ít nhất 3 ngày, nếu làm công tác tiếp xúc với nhiều người (mậu dịch viên - thợ cạo). Người bệnh không đi ra đường, nếu cần thiết lắm phải đeo khẩu trang.
- Khi có dịch, đóng cửa tạm thời các bể bơi công cộng.
- Về điều trị:
  + Đối với toàn thân: xông người, xông mũi, xông mắt bằng nước lá thơm. Không cần uống kháng sinh, chỉ uống vitamin B, C.
  + Tại chỗ: tra các thuốc sát khuẩn nhẹ
  + Khi có biến chứng giác mạc: tra các thuốc kháng sinh phối hợp như thuốc nhỏ mắt Pen - strept. Có thể dùng cloramphenicol 0,4% pha thêm hydrocortison khi các chấm trên giác mạc hết bắt màu.

VIÊM LOÉT GIÁC MẠC

Loét giác mạc còn là một bệnh phổ biến đối với chúng ta, vì các bệnh nhiễm khuẩn vẫn chiếm tỷ lệ cao trong bệnh học Việt Nam, có tính chất cấp cứu và có thể gây mù nếu không được xử lý kịp thời.

I. TRIỆU CHỨNG

Thông thường mắt bị loét khởi đầu bằng các chấn thương ngoại lai (bụi, dị vật trong công - nông nghiệp) làm xước hàng rào biểu mô, và do các tác nhân ở ngoài được đưa vào, gây loét giác mạc.

Dấu hiệu chức năng đáng lưu ý là sợ ánh sáng, co quắp mi, và nhất là đau nhức trong mắt (loét càng nông, càng đau nhức nhiều) thị lực giảm sút nhanh chóng.

Khám thực thể: ta thấy có cương tụ quanh rìa, màu đỏ tím. Khám vết loét ta thấy trung tâm vết loét lõm xuống, có bờ rõ

s://myhanoi.com.vn/

ràng xung quanh có thẩm lậu thành vành đục lờ. Tra Fluorescéine thấy loét bắt màu rõ, và có nhiều hình thái khác tùy theo tác nhân gây bệnh.

Ví dụ:

1. Loét do vi khuẩn: đặc biệt vi khuẩn gây mủ xanh, phát triển nhanh chóng trên cả diện, và vào cả nhu mô giác mạc gây hiện tượng hoại tử nhanh chóng từ 48 đến 72 giờ. Loét giác mạc mủ xanh thường xuất hiện vào ngày mùa, trong các vụ gặt lúa người lao động bị hạt thóc, bụi lúa bắn vào mắt. Dù có lấy được bụi dị vật hay không, vi khuẩn gây mủ xanh cũng có khả năng gây loét hoại tử giác mạc.

2. Loét giác mạc do nấm: ngày càng được chẩn đoán dễ hơn trên lâm sàng, và nuôi cấy cũng phát hiện được nhiều loại nấm gây bệnh.

Dị vật gây loét chủ yếu là các loại mảnh que, mảnh củi gây xước và loét giác mạc. Khởi đầu là các diện loét khô không gây hoại tử, nổi lên khỏi diện giác mạc, bao quanh là một vành thẩm lậu. Có thể lấy một que vô khuẩn nạy lấy ổ khuẩn và đem nuôi cấy sẽ thấy được loại nấm nào gây bệnh. Nếu không có điều kiện nuôi cấy, có thể soi tươi cũng phát hiện được xem tác nhân có phải là nấm không.

3. Loét giác mạc do virus herpes: những năm gần đây, virus này rất phổ biến trên bệnh nhân của chúng ta. Nó đã trở thành một trong những nguyên nhân gây mù trên giác mạc. Nó còn được đặc trưng bởi tính chất tái phát nhiều lần.

Loét giác mạc do virus herpes có rất nhiều hình thái lâm sàng:

- Hình thái có loét, bắt màu Fluorescéine (+) là hình thái dễ chẩn đoán nhất. Đó là hình thái cành cây, chân rết, hoặc hình thái dạng amip.. Tìm cảm giác giác mạc thì thấy giác mạc gần như mất hoàn toàn cảm giác.
- Hình thái không loét là hình thái viêm giác mạc hình đĩa, trung tâm giác mạc có một vành tròn, đường kính từ 6-8 mm. Nếu có điều kiện soi kính hiển vi ở các phòng nhãn khoa tỉnh, sẽ thấy bề dày của giác mạc hình đĩa tăng lên gấp rưỡi, gấp đôi bình thường.

s://myhanoi.com.vn/

II. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Tiến triển của loét giác mạc phụ thuộc vào việc điều trị kịp thời, hay quá muộn, và nhất là vào tác nhân gây bệnh.

Đối với loét do trực khuẩn mủ xanh thì bệnh nhân tiến triển cực nặng, nhanh chóng gây hoại tử thủng giác mạc.

Đối với nấm, tiến triển cũng nặng, vì dễ có nhiễm khuẩn thứ phát.

Loét do virus nặng vì tính chất tái phát. Sau mỗi đợt tái phát, tổn thương giác mạc lại nặng thêm, thị lực lại giảm sút thêm.

III. XỬ TRÍ

1. Phòng bệnh

Ngày mùa, đập thóc, đập lúa cần đeo kính bảo vệ mắt. Cần trang bị lớp nhựa trong ở trước máy tuốt lúa (đeo kính cho máy). Sau khi lấy bụi, dị vật trong mắt cần tra Argyrol 10% hoặc thuốc đỏ 2%; theo dõi bệnh nhân ít nhất 3 ngày. Khi thấy vết loét xuất hiện, chuyển ngay bệnh nhân lên tuyến huyện, tuyến tỉnh để xử trí bằng kháng sinh đặc hiệu.

2. Điều trị

- Đối với loét do nấm: nếu có, dùng kháng sinh đặc hiệu (mỡ Pimafuicin 1%); nếu không có, chấm lugol trên vết loét.
- Đối với loét do herpes: dùng các loại thuốc chuyển hoá. Đó là thuốc đặc hiệu nhất vì không có kháng sinh chống virus
- Đối với loét do trực khuẩn mủ xanh: ta có kháng sinh đặc hiệu. Đó là gentamycin tiêm dưới kết mạc, kết hợp với tra thuốc này nhiều lần và tiêm toàn thân.
- Về đông y: dùng lá rấp cá, có tác dụng đặc hiệu. Ta có thể dùng dưới hình thức giã lá đặp ngoài mi, hoặc thuốc mỡ tra mắt.

s://myhanoi.com.vn/

VIÊM MỐNG MẮT-VIÊM MỐNG MẮT THỂ MI-VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO

Đây cũng là một bệnh cấp cứu. Chẩn đoán và xử trí chậm có thể dẫn đến mù loà.

I. NGUYÊN NHÂN

- Chủ yếu là ổ viêm vùng lân cận (răng, tai, mũi, họng).
- Nguyên nhân toàn thân khó phát hiện

II. TRIỆU CHỨNG

1. Chủ quan

Đau nhức với mức độ khác nhau phụ thuộc vào tổn thương thực thể và giảm thị lực

2. Thực thể

- Cương tụ vùng rìa.
- Mống mắt bạc màu, đồng tử thu hẹp, phản xạ với ánh sáng lười.
- Dùng kính lúp hai mắt, có thêm kính lúp một mắt phóng đại sẽ thấy có những sắc tố mống mắt nhỏ như hạt cát nằm tự do trên diện đồng tử.

Nếu bệnh nhân đến chậm ít ngày, sẽ thấy mống mắt bắt đầu dính vào mặt trước của thuỷ tinh thể, làm cho bờ đồng tử bị méo, trường hợp điển hình thành hình hoa khế.

- Nếu có thêm tổn thương của thể mi, thì ấn nhẹ ngoài mi trên vùng thể mi, bệnh nhân sẽ thấy đau nhức và có phản xạ lui mắt, lui người ra sau.

s://myhanoi.com.vn/

- Nhãn áp ít thay đổi trong viêm mống mắt, có thay đổi nếu có thêm tổn thương thể mi (nhãn áp cao hơn, hoặc thấp hơn bình thường).
- Nếu có cả tổn thương của màng bồ đào, thì ngoài các dấu hiệu trên, soi đáy mắt thấy dịch kính bị đục, có thể chơi vơi.

III. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Nếu chẩn đoán chậm và không được điều trị kịp thời thì bệnh tiến triển xấu và có các biến chứng:

- Tịt đồng tử
- Mống mắt hình núm cà chua.
- Tăng nhãn áp do bít đồng tử.
- Teo nhãn cầu nếu nhãn áp quá thấp

IV. XỬ TRÍ

- Tìm nguyên nhân toàn thân và ổ viêm để điều trị
- Kháng sinh và corticoid, uống thuốc an thần
- Tra thuốc giãn đồng tử ngay từ khi có viêm mống mắt: Atropin 1% uống 2 lần hàng ngày.
- Tra thuốc kháng sinh cortison (nước hoặc mỡ)
- Tiêm cortison dưới kết mạc

CƠN GLÔCÔM CẤP

Đây là hình thái đặc biệt của glôcôm góc đóng hay xuất hiện trên các phụ nữ có địa trạng dễ cảm xúc, xảy ra sau các chấn thương tâm lý (lo buồn đột ngột), hoặc cảm lạnh đột ngột.

I. TRIỆU CHỨNG

- Tại chỗ: đau nhức dữ dội ở mắt trước đây đã được theo dõi bệnh glôcôm (thường được gọi là thiên đầu thống), từ mắt lan lên đầu, bệnh nhân mô tả như kim châm, búa bổ.

s://myhanoi.com.vn/

- Toàn thân: người mệt mỏi, buồn nôn, đôi khi đau bụng. Vì vậy, có trường hợp bệnh nhân lại được chuyển khám tại khoa nội hay khoa ngoại.
- Thị lực giảm sút nhanh chóng: vừa lúc chiều tối bệnh nhân còn nhìn rõ, khi lên cơn cấp diễn, mắt đau nhức mờ hẳn, chỉ còn đếm lờ mờ ngón tay, hoặc thấy bóng bàn tay trước mặt.

II. KHÁM MẮT

- Khe vành mắt bệnh nhân, vì bệnh nhân sợ ánh sáng sẽ thấy kết mạc nhãn cầu cương tụ, đặc biệt vùng rìa.
- Đồng tử giãn rộng tối đa
- Phản xạ đồng tử mất hoàn toàn (-).
- Các môi trường trong suốt từ ngoài vào đều bị phù nề, đục lờ, màu xanh biệc (vì thế mới có danh từ Glaucoma).
- Nhãn áp lên cao tối đa - sờ nắn ngoài mi bằng hai ngón tay, thấy mắt cứng như hòn bi. Đo bằng nhãn áp kế maklakov thấy vòng nhãn áp rất nhỏ so với mắt lành (không có cơn). Nhãn áp đo đước từ 35mm đến 40mm Hg.

III. XỬ TRÍ CẤP CỨU

Đã chẩn đoán cơn cấp diễn là quyết định phải mổ cho bệnh nhân để cứu vãn chức năng con mắt. tuy nhiên trước mắt phải xử trí cấp cứu:

- *Tại chỗ:* tra pilocarpin 1% cứ 1 phút một lần cho đến khi bệnh nhân thấy nhẹ cơn.
- *Toàn thân:*
  + Uống thuốc an thần (Seduxen 5mg x 2 viên) để giảm đau, hoặc uống thuốc ngủ: gardenal 10ctg.
  + Uống Fonurit 0,250g x 2v ngày.

Hôm sau kiểm tra mắt, sẽ thấy các dấu hiệu và triệu chứng đều giản nhẹ (đau nhức bớt đi, thị lực tăng lên, đồng tử thu nhỏ hơn, và nhãn áp xuống nhiều).

Lúc đó, cần làm các xét nghiệm để chuẩn bị phẫu thuật cho bệnh nhân.

s://myhanoi.com.vn/

Bảng hướng dẫn chẩn đoán lâm sàng 4 bệnh

I Viêm kết mạc	II Viêm giác mạc	III Viêm mắt thể mi	IV Cơn glôcôm cấp
1. Cộm, cảm giác dị vật	1. Chói mắt đau nhức nhẹ (+)	1. Đau nhức (++)	1. Đau nhức dữ dội
2. Thị lực không giảm	2. Thị lực giảm	2. Thị lực giảm từ từ	2. Thị lực giảm rất nhanh
3. Cương tụ kết mạc	3. Cương tụ rìa	3. Cương tụ rìa	3. Cương tụ kết mạc, cương tụ rìa
4. Giác mạc bình thường	4. Giác mạc có loét	4. Giác mạc bình thường	4. Giác mạc phù nề
5. Mống mắt và đồng tử bình thường	5. Mống mắt và đồng tử bình thường	5. Mống mắt bạc màu. Có sắc tố đồng tử thu nhỏ, méo	5. Đồng tử giãn to, mất phản xạ
6. Nhãn áp bình thường	6. Nhãn áp bình thường.	6. Nhãn áp thay đổi	6. Nhãn áp rất cao.

ĐỤC THỂ THUỶ TINH

Đục thể thuỷ tinh chủ yếu xuất hiện trên người nhiều tuổi, người già từ 55 - 60 tuổi trở lên và là một nguyên nhân gây loà có thể chữa sáng được.

Ước lượng cả nước ta hiện nay có hàng trăm nghìn bệnh nhân bị mù do đục thể thủy tinh. Có người bị đục một mắt, có người bị đục cả hai mắt.

I. LÂM SÀNG

Điều kiện thị lực tối thiểu để có thể mổ đục thể thuỷ tinh già là khả năng nhận thức ánh sáng còn tốt, và biết phân biệt được hướng ánh sáng.

s://myhanoi.com.vn/

Ngoài ra, còn cần chú ý đến các điều kiện toàn thân như huyết áp, các bệnh toàn thân như bệnh phổi, bệnh thận, v.v..., có thể tạm thời trì hoãn chỉ định mổ.

Đục thể thuỷ tinh làm cho thị lực giảm sút dần dần, không gây đau nhức. Nếu có đau nhức phải chú ý đến khả năng có hai bệnh vừa glôcôm, vừa đục thể thuỷ tinh già.

Một dấu hiệu gợi ý đến đục thể thuỷ tinh là nhìn trong nhà thì rõ và khi ra ngoài sáng thì mờ hơn. Lý do chính là ở trong nhà, đồng tử mở to, và khi ra ngoài sáng, đồng tử thu nhỏ, ánh sáng khó qua thuỷ tinh thể đục từ trung tâm các lớp nhân.

II. XỬ TRÍ

Ta chưa có biện pháp đề phòng đục thể thuỷ tinh già. Hiện nay một số nước Tây âu sản xuất rộng rãi thuốc tra mắt có nhiều chất acid amin để phòng đục thể thuỷ tinh già, song yếu tố chính là yếu tố tâm lý.

Biện pháp duy nhất để lấy lại ánh sáng cho người già đục thể thuỷ tinh là biện pháp phẫu thuật. Kinh điển là mổ lấy toàn bộ thể thuỷ tinh (lấy trong bao) và sau đó mắt mổ được đeo một kính hội tụ khoảng 10 điốp.

Những năm gần đây, vì kỹ thuật mổ dưới kính hiển vi phẫu thuật được phát triển, nên có khả năng lấy thuỷ tinh thể rồi lắp một thuỷ tinh thể nhân tạo trong hậu phòng. Bệnh nhân sẽ không phải đeo kính.

Ngoài ra, có thể mổ lấy thể thuỷ tinh sau đó mắt mổ được lắp một kính tiếp xúc áp sát vào giác mạc.

III. TỔ CHỨC MỔ ĐỤC THỂ THUỶ TINH GIÀ HÀNG LOẠT

Nếu cứ tổ chức mổ đục thể thuỷ tinh ngay ở các phòng nhãn khoa bệnh viện tỉnh thì sẽ có hàng vạn người bị mù đến chết vẫn chưa được phục hồi ánh sáng.

Vì vậy, từ hàng chục năm nay, chủ trương của ngành mắt là tổ chức giải phòng mù loà do đục thể thuỷ tinh già xuống tận tuyến huyện. Do đó hàng năm chúng ta đã mổ cho hàng vạn người. Như

s://myhanoi.com.vn/

thế vẫn chưa đủ, chúng ta đang học tập kinh nghiệm của Ấn Độ, tổ chức các trại mổ (EYE CAMP) ở tất cả các tỉnh, do đó mỗi năm có thể giải phóng mù loà cho hàng chục vạn người do đục thể thuỷ tinh già.

KHÔ NHUYỄN GIÁC MẠC

Khô nhuyễn giác mạc, nguyên nhân do thiếu vitamin A là một bệnh toàn thân có nhiều biểu hiện trên mắt, thường xuất hiện trên các em nhỏ từ 1 - 3 tuổi, sau thời gian ỉa chảy kéo dài, gây suy dinh dưỡng.

I. LÂM SÀNG

1. Toàn thân

Em nhỏ rất gày yếu, bụng to, ngực lép, khóc không ra tếng, vẫn còn rối loạn tiêu hoá, có trường hợp còn sốt do lên sởi.

2. Trên mắt

Hai mắt nhắm nghiền, khi khám mắt ngoài sáng thấy dấu hiệu khá sớm, là khô kết giác mạc, có nhiều chấm khô (chấm Bitot) không giữ nước.

II. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Bệnh nặng thêm chính do các bà mẹ ở nông thôn quá kiêng khem, lại thiếu sữa mẹ, cho các em chế độ dinh dưỡng quá thiếu chất đạm, thiếu cả vitamin A.
- Toàn thân em nhỏ ngày càng suy yếu, đến khi khám mắt thì đã có loét giác mạc một cách âm ỉ, nhưng lại nhanh chóng. Nhiều trường hợp lên đến chuyên khoa tỉnh, huyện thì cả hai mắt đã bị thủng giác mạc, phòi mống mắt, hết cách cứu chữa.

s://myhanoi.com.vn/

III. XỬ TRÍ

- Trước hết phải tuyên truyền, giáo dục các bà mẹ ý thức chăm sóc các em nhỏ để phòng bệnh.
- Đồng thời giáo dục, hướng dẫn các cán bộ y tế từ tuyến chăm sóc mắt ban đầu nắm được các dấu hiệu sớm nhất của bệnh để điều trị kịp thời.
- Tổ chức y tế thế giới hiện nay đặt vấn đề phòng chống mù loà, trong đó có phòng bệnh thiếu Vitamin A trên tất cả các trẻ em. Vì vậy ngày nay chúng ta đã có thể phòng bệnh rộng rãi cho trẻ em bằng cách cho uống Vitamin A.

Khi đã mắc bệnh chúng ta cần chú ý cả toàn thân và tại chỗ.

Toàn thân:

- Tích cực điều trị cho khỏi rối loạn tiêu hoá bằng các kháng sinh đặc hiệu (ví dụ Chloromycetine)
- Điều trị thiếu Vitamin A bằng tiêm Vitamin A (Amunine)

Tại chỗ:

Tra Vitamin A và các thuốc kháng sinh chống bội nhiễm

UNG THƯ VÕNG MẠC

Đây là loại ung thư mắt trên các em nhỏ không những nặng đối với mắt mà còn cả đối với sinh mạng, có tính chất gia truyền.

1. Triệu chứng

Bệnh nhân thường là em nhỏ 2 -3 tuổi, cha mẹ sớm phát hiện dấu hiệu đặc biệt - đó là đồng tử xanh lè, mà ta thường ví như ánh mắt mèo mù. Bịt kỹ mắt còn lành thì thấy mắt ánh mèo mù bị mù tịt. Ngoài ra, do mắt bị mù nên còn có thể bị lác. Như vậy, mắt có ánh mắt mèo mù, mắt lác là hai biểu hiện gợi ý đến ung thư võng mạc của trẻ em.

Khám mắt: nhìn ngoài mắt bình thường, không kích thích giác mạc và bán phần trước bình thường.

s://myhanoi.com.vn/

Đồng tử tản rộng. Soi đáy mắt thấy ở bán phần sau có một khối u trắng xanh, có mạch máu bò lên trên.

2. Tiến triển

Bệnh tiến triển khá nhanh qua các giai đoạn.

a. Giai đoạn trong nhãn cầu

- Khối u tăng dần thể tích, gây tăng nhãn áp, đau nhức.
- Toàn thân suy yếu, bệnh nhân kém ăn, kém ngủ, người gày dần.

b. Giai đoạn phá ra ngoài nhãn cầu

Nguy cơ phổ biến nhất là ung thư võng mạc phát triển ra phía sau nhãn cầu, qua dây thần kinh thị giác, lên não, gây tử vong.

3. Xử trí

- Để đề phòng cho mắt còn lành, cần khoét bỏ càng sớm càng tốt mắt bị ung thư, và chạy tia sau khi khoét bỏ.
- Vì tính chất di truyền của ung thư võng mạc, nên khuyên các gia đình đã có 1 con bị ung thư võng mạc:
  + Đưa tất cả các anh chị của cháu nhỏ đến chuyên khoa kiểm tra.
  + Không nên đẻ thêm.

VIÊM TỔ CHỨC HỐC MẮT

Đây cũng là một căn bệnh nặng trên các bệnh nhân từ lứa tuổi trung niên, không những nguy hiểm cho con mắt, mà còn có thể đe dọa cả tính mạng.

I. NGUYÊN NHÂN

- Viêm tổ chức hốc mắt có thể là biến chứng của những nhiễm khuẩn từ mặt, mắt ví dụ đinh râu, lẹo mắt, từ đó lan vào các tổ chức nằm phía sau nhãn cầu.

s://myhanoi.com.vn/

- Cần chú ý cả các xoang lân cận với mắt (xoang sàng, xoang hàm) dễ có liên quan đến tổ chức của hốc mắt.
- Tác nhân vi khuẩn gây viêm nhiễm là các loại tụ cầu gây bệnh nhãn cầu, hoặc hiếm hơn là vi khuẩn mủ xanh.

II. LÂM SÀNG

Bệnh xuất hiện cấp diễn, một thời gian ngắn sau khi bị các mụn nhọt ở mắt.

- Chú ý cả đến dấu hiệu toàn thân và biểu hiện ở mắt.
- Toàn thân: sốt cao, người mệt mỏi, ăn ngủ kém.
- Tại chỗ
  + Lồi mắt: qua mi mắt phù nề ta thấy nhãn cầu lồi thẳng trục, không ấn vào được, vận động nhãn cầu bị hạn chế.
- Tổn thương đáy mắt: gai thị cương tụ, mạch máu cương tụ, do nhãn cầu bị chèn ép.
- Thị lực bị giảm sút nhiều, chỉ còn đếm được ngón tay.

III. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Nếu không được điều trị kịp thời và tích cực, bệnh tiến triển ngày càng xấu, biến chứng nhanh chóng xuất hiện:

- Vỡ mủ ra phía ngoài là tiến triển nhẹ nhất
- Viêm tĩnh mạch mắt
- Viêm tĩnh mạch xoang hang
- Nhiễm khuẩn máu.

IV. XỬ TRÍ

1. Toàn thân

- Kháng sinh có khả năng chống nhiều loại vi khuẩn (kể cả vi khuẩn mủ xanh) như gentamycin.
- Phát hiện và xử trí các ổ nhiễm khuẩn trên mặt, trên mắt, và các xoang. Nếu đã thành mủ, rạch tháo ổ mủ và dẫn lưu.
- Uống các thuốc an thần, tăng cường thể tạng

s://myhanoi.com.vn/

2. Tại chỗ

- Tra các thuốc sát khuẩn, tra thuốc nhỏ mắt Vitamin A để phòng khô giác mạc.

CHẤN THƯƠNG MẮT

Chấn thương mắt, sau chiến tranh xuất hiện chủ yếu trong các tai nạn lao động, trong sản xuất và cả trong đời sống, ở các lứa tuổi khác nhau. Trẻ em ở lứa tuổi học sinh, do đùa nghịch chiếm một tỷ lệ không nhỏ, đặc biệt trong các ngày tết bị tai nạn pháo, gây những tổn thương mắt có thể dẫn đến mù loà.

I. NGUYÊN NHÂN

1. Đối với lứa tuổi lao động sản xuất

- Tai nạn do các mảnh kim khí bắn vào nhãn cầu (dùng mìn phá đá, mảnh kim loại sắc nhọn xuyên thủng nhãn cầu).
- Tai nạn do tự sản xuất pháo, rang thuốc pháo bị nổ.

2. Đối với lứa tuổi trẻ (học sinh, thanh niên)

- Đùa nghịch thiếu ý thức như đâm que nhọn vào mắt nhau.
- Tự sản xuất pháo, đốt pháo vào trong các lọ thuỷ tinh.

II. CÁC TỔN THƯƠNG

1. Tổn thương toàn thân

Do các chất nổ mạnh, có thể có các vết thương ở bụng, các phủ tạng, các chi.

2. Tổn thương trên mắt

a. Vết thương ngoài mi

- Rách, thủng da, rách các cơ mi.
- Vết thương lệ quản gây đứt lệ quản.

s://myhanoi.com.vn/

b. Vết thương nhãn cầu

Có thể qua đường giác mạc gây thoát huyết tiền phòng thủng giác mạc, phòi mống mắt, vỡ thể thuỷ tinh, có kèm thêm dị vật trong nội nhãn

III. XỬ TRÍ

Phải coi những chấn thương mắt là một trong những cấp cứu ngoại khoa của ngành mắt mà tiên lượng của chức năng thị giác phụ thuốc vào cách xử trí ban đầu, ngay từ cơ sở.

1. Thận trọng trong việc đánh giá các tổn thương ở cấp cơ sở.
2. Bảo đảm nguyên tắc vô khuẩn khi khám các chấn thương, nhất là chấn thương xuyên thủng.
3. Tiêm kháng sinh toàn thân và tại chỗ, sau đó chuyển lên tuyến cao hơn (huyện, tỉnh) để điều trị cho kịp thời.

BỎNG MẮT

I. ĐẠI CƯƠNG

Bỏng mắt cần được coi như cấp cứu hơn cả chấn thương.

Bỏng mắt phổ biến khi công nghiệp, (đặc biệt là công nghiệp hoá chất) phát triển, đồng thời trong đời sống hàng ngày vẫn xảy ra nhiều trường hợp dùng hoá chất trong các vụ ghen tuông, mâu thuẫn.

II. CÁC LOẠI BỎNG

Có hai loại bỏng

- *Bỏng nóng*: do hơi nước nóng (nước đun sôi, mở nắp két nước xe ô tô đang sôi, kim khí đun chảy). Những bỏng nóng do chất lỏng đun sôi còn gây cả bỏng toàn thân, ngoài da.
- *Bỏng hoá chất*: các chất kiềm như vôi , các chất toan như acid các bình ắc quy, acid sulfuric (H_2SO_4), gây tổn thương

s://myhanoi.com.vn/

ngoài da mặt, cho nhãn cầu, cho cổ, cho cả ngực, khi bị acid hắt vào mặt, vào người.

III. XỬ TRÍ

Nguyên tắc chung

- Loại bỏ nhanh chóng tác nhân gây bỏng.
- Rửa ngay mặt với bất cứ nước nào có sẵn, gần nhất, rửa mắt bị bỏng.
- Hướng dẫn, giáo dục các công nhân trực tiếp sử dụng các loại hoá chất có thể gây bỏng cách tự cứu, rồi đến y tế cơ sở giải quyết sơ cứu rồi mới chuyển lên tuyến trên giải quyết chuyên khoa.

1. Bỏng hoá chất

- Tự cứu ở tuyến cơ sở: ngay sau khi bị bỏng, chạy ra vòi nước cạnh đó rửa càng nhiều, càng lâu càng tốt để loại trừ hoá chất.
- Sơ cứu - do y tế cơ sở thực hiện
  + Tiếp tục rửa nước
  + Gắp các cục vôi còn ứ đọng dưới kết mạc, mi và cùng đồ.
- Xử trí chuyên khoa
  + Tiếp tục loại trừ cục vôi, rửa bằng nước đường.
  + Tiêm máu và penicillin dưới kết mạc.
  + Tra thuốc sát khuẩn và dầu Vitamin A.

2. Bỏng nóng

- Rửa mắt bằng nước sạch, nước muối sinh lý
- Tra thuốc sát khuẩn hoặc kháng sinh
- Tra Vitamin A, mỡ kháng sinh

s://myhanoi.com.vn/

NHÃN VIÊM ĐỒNG CẢM

I. NGUYÊN NHÂN

- Nhãn viêm đồng cảm (trước đây gọi là nhãn viêm giao cảm) là một viêm màng bồ đào xuất hiện trên mắt lành một thời gian sau khi mắt bên kia bị chấn thương xuyên thủng bán phần trước.
- Những chấn thương ấy thường hay liên quan đến vùng rìa giác mạc, có phòi kết, mống mắt, dễ bị nhiễm khuẩn.
- Nhãn viêm đồng cảm nguy hiểm vì gây mù cả hai mắt.

II. LÂM SÀNG

1. Triệu chứng

- Mắt bị chấn thương: vết thương vùng rìa giác mạc (có thể do tai nạn, do chấn thương phẫu thuật) thường có liên quan đến vùng thể mi, sau nhiều tuần điều trị vẫn còn bị kích thích, đau nhức, nhãn áp hạ thấp.
- Mắt bị đồng cảm: các dấu hiệu chủ qua cũng như khách quan xuất hiện khá sớm sau khi bị chấn thương (khoảng 2 tuần). bệnh nhân thấy chói mắt, mắt mờ dần. Tuy nhiên dấu hiệu đau nhức lại không mạnh lắm.
- *Khám mắt*
  + Cương tụ vùng rìa nhẹ
  + Triệu chứng của một viêm màng bồ đào thể trước.
  + Tuy nhiên có hình thái tổn thương đáy mắt: đục dịch kính, viêm gai thị, bong võng mạc làm cho thị lực giảm sút nhanh chóng.
- Toàn thân
  + Nhức đầu - chóng mặt

s://myhanoi.com.vn/

+ Ù tai
+ Triệu chứng của viêm màng não (biến đổi của nước não tuỷ).

2. Tiến triển

- Rất xấu
- Cả hai mắt có thể bị mù.

III. XỬ TRÍ

- Chú ý đến việc xử trí các vết thương xuyên nhãn cầu, rửa sạch vết thương, cắt bỏ tổ chức mống mắt - thể mi phòi ra ngoài. Khâu các vết thương tránh xuyên qua tổ chức mống mắt thể mi.
- Nếu đánh giá mắt bị chấn thương không còn khả năng cứu vãn hoặc bảo tồn, hoặc để lại sẽ gây đau nhức kích thích thì nên khoét bỏ trong 14 ngày đầu tiên.
- Điều trị nhãn viêm đồng cảm
- Kháng sinh
- Corticoid toàn thân và tại chỗ (tra và tiêm dưới kết mạc)
- Tăng cường thể trạng.
- Phòng bệnh.

MÙ MẮT

I. ĐỊNH NGHĨA

- Mất mù là mắt mất hết chức năng thị giác
- Cần phân biệt các mức độ mù sau đây

1. Mù hoàn toàn

Không còn phân biệt sáng tối.

s://myhanoi.com.vn/

2. Mù chưa hoàn toàn

Còn phân biệt được sáng tối, biết hướng sáng, thấy bóng bàn tay trước mắt.

3. Mù thực tế

Bệnh nhân có thể vẫn còn đếm được ngón tay cách vài ba mươi centimet, song đã ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày, và đặc biệt đến lao động dù là thô sơ.

II. CÁC LOẠI MÙ MẮT

- Mù chữa được
- Mù không chữa được

Mù chữa được:

- Ví dụ: sẹo giác mạc - chữa bằng ghép giác mạc
- Đục thể thuỷ tinh - mổ lấy thể thuỷ tinh già
- Cơn glôcôm cấp - phẫu thuật hạ nhãn áp

Mù không chữa được

- Ví dụ: Glôcom mù tịt
- Teo nhãn cầu
- Mắt biến dạng thành mắt trâu

CÁC THUỐC THƯỜNG DÙNG TRONG NHÃN KHOA

I. CÁC LOẠI THUỐC TRA MẮT (THUỐC NƯỚC - MỠ)

a. Muối kim loại - thuốc sát khuẩn

- Sulfat kẽm 0,5%: ngày tra 1 - 2 lần.
- Argyrol 3%: ngày tra 2 - 3 lần, có thể dùng cho trẻ em.

s://myhanoi.com.vn/

- Argyrol 10% pha riêng, dùng phòng viêm kết mạc do trực khuẩn mủ xanh.
- Nitrat bạc 0,5%: tra cho tất cả các trẻ sơ sinh theo phương pháp CRÉDÉ để đề phòng nhiễm khuẩn lậu cầu qua đường sinh dục của mẹ.
- Thuốc đỏ 2%: bôi sát khuẩn da mi, tra mắt.

b. Sulfamid

Trước đây thông dụng là sulfacylum 20% ngày tra 2 lần, chữa mắt hột tốt.

Những năm gần đây, có loại sulfamid chậm tiêu S.M.P 10% (sulfamethoxypyrazine) chỉ cần tra ngày một lần.

c. Kháng sinh

- Mỡ tetracyclin 1%: ngày tra 1 - 2 lần chữa mắt hột tốt hơn sulfamid
- Mỡ erytromycin 1%: ngày tra 1 - 2 lần chữa mắt hột, tốt hơn tetracyclin.

d. Corticoid

Thường hay phối hợp với một kháng sinh để chống nhiễm khuẩn. Ví dụ:

Bedesol - Vừa có Cortison vừa có Néomycin, Chlorocid + Hydrocortison 0,4%

II. CÁC THUỐC TOÀN THÂN (TIÊM HOẶC UỐNG)

- Các loại kháng sinh. Ví dụ Penicillin, ampicilin, gentamycin.

Các loại Corticoid

Ví dụ: Prednisolon 5mg

- Sulfamid hạ nhãn áp

Công thức hoá học là acetazolamid 0,25.

III. CÁC THUỐC ĐÔNG Y

- Lá rấp cá (thuốc tra) chữa loét giác mạc do trực khuẩn mủ xanh.
- Viên sáng mắt

s://myhanoi.com.vn/

- Thuốc viên uống để điều trị một số bệnh đáy mắt, đặc biệt viêm võng mạc trung tâm thanh dịch ở giai đoạn mạn tính để kết hợp với thuốc tây y.

s://myhanoi.com.vn/

Phần
TAI MŨI HỌNG

Biên soạn: GS. LƯƠNG SỸ CẦN

s://myhanoi.com.vn/

TAI

I. TAI NGOÀI

1. Nút ráy tai

Chất tiết tuyến ráy ứ động ở tai ngoài tạo thành nút ráy, mềm hoặc cứng. Chỗ nhiều bụi bặm thường hay có hơn. Bị ẩm ướt (tắm rửa) nút ráy trương phình, vít kín ống tai, gây ra nghe kém, ù tai, nhức đầu. Có khi là nút thượng bì do da ống tai ngoài bị viêm, bong ra tạo nên, triệu chứng giống hệt nút ráy.

- Điều trị; soi và lấy ra ở các cơ sở TMH
- Cần lưu ý: nút ráy có thể che lấp bệnh tích khác phía sau như màng nhĩ thủng, tai chảy mủ.

2. Viêm tai ngoài

Thường do gãi, ngoáy tai... chạm thương, tắm nước bẩn gây ra, khí hậu nóng ẩm là điều kiện thuận lợi. Có hai loại:

1. Viêm tai ngoài lan toả, ống tai viêm và chít hẹp, lan đến cả vành tai và vùng sau tai.
2. Nhọt ống tai ngoài, thường khu trú hơn.

- *Triệu chứng:*

Đau dữ dội làm mất ngủ, đau tăng lên khi ấn vào nắp tai (nụ bình) hoặc kéo vành tai. Hạch trước hoặc sau tai. Có khi nhầm với viêm xương chũm cấp.

- *Điều trị:*

1. Uống thuốc giảm đau
2. Đặt thuốc tại chỗ: dung dịch kháng sinh loại aminosit + corticoid. Nếu cần đặt bấc thấm dung dịch nói trên vào ống tai.
3. Kháng sinh phù hợp

Chú ý:

Nên thử đường huyết và thử đường trong nước tiểu

s://myhanoi.com.vn/

3. Dị vật

Có thể là hạt thực vật (hạt lúa, hạt chanh...) vật vô tri khác (hạt cườm, mảnh kim loại...) hoặc vật sống (con dán, con kiến...)

- *Điều trị:*
- Soi và lấy ra ở các cơ sở TMH

II. TAI GIỮA

1. Viêm tai giữa cấp tính

Thường gặp ở trẻ em trong nhiễm khuẩn đường hô hấp trên, nhất là khi bị sởi, cảm cúm, bạch hầu, ho gà...

Cần khám tai trong các trường hợp sau đây:

- Sốt, sổ mũi, đau tai làm trẻ con khóc thét từng cơn, lắc đầu đưa tay lên tai hoặc sốt kéo dài, hoặc rối loạn tiêu hoá: nôn, ỉa chảy.
- Hội chứng não - màng não: sốt cao, co giật, cứng gáy, nôn trớ hoặc hôn mê
- Tai tự nhiên chảy mủ.
- Người lớn thường có triệu chứng đau nhức tai, ù tai, nghe kém, ít khi thấy chóng mặt.
- Khám soi tai: lúc đầu màng nhĩ xung huyết có các tia máu rồi biến thành đỏ đều, phồng lên, lồi nhọn có điểm trắng sau sẽ thủng và vỡ mủ. Cần theo dõi đề phòng các biến chứng: viêm xương chũm cấp, liệt mặt và các biến chứng trong sọ, hiếm gặp hơn nhưng nguy hiểm, xảy ra khi vi khuẩn độc tính cao, miễn dịch kém (viêm màng não, viêm tắc xoang tĩnh mạch, nhiễm khuẩn huyết, viêm não, áp xe não v.v..)
- *Điều trị*

Lúc đầu: hạ sốt, nhỏ mũi argyrol 1%, nhỏ tai glycerin borat ấm. Về sau: kháng sinh, trích rạch màng nhĩ.

2. Viêm tai giữa mạn tính

Rất đa dạng

s://myhanoi.com.vn/

a. Tai viêm ứ dịch, màng nhĩ đóng kín

Thường là trẻ từ 3-8 tuổi, hòm nhĩ có nước hoặc nhầy, thường cả hai bên, không sốt, không đau chỉ nghe kém, biểu hiện bằng thay đổi thái độ và tính cách của trẻ, học tập sút kém. Khám tai dưới kính phóng đại, đo điếc và nhất là làm nhĩ đồ để chẩn đoán xác định. Chú ý phát hiện VA. Các lứa tuổi khác cũng có thể bị bệnh này.

Viêm tai tiết dịch sẽ khỏi sau nhiều tuần đến nhiều năm hoặc biến thành viêm tai xơ dính. Có khi biến thành viêm tai cấp tính tái phát nhiều lần. Điều trị: nạo VA. Đặt ống thông khí hòm nhĩ kiểu diabolo.

b. Viêm tai chảy nhầy

Không nguy hiểm

Màng nhĩ thủng, thường phía trước dưới, có thể thủng rộng nhưng không sát vách, chảy nhầy nhiều hoặc ít nhưng không thối. Nghe kém vừa phải.

Điều trị:

- Nạo VA, điều trị viêm xoang nếu có
- Rửa tai, làm thuốc tai kiên trì lâu dài
- Nếu cần, phải phẫu thuật bảo tồn hoặc tạo hình tai giữa đúng lúc.

Chú ý:

Có trường hợp lúc đầu chảy nhầy sau biến thành chảy mủ thối có cholesteatom.

c. Viêm tai chảy mủ thối: do có viêm xương hoặc cholesteatom-nguy hiểm vì có thể gây ra các biến chứng sọ não dẫn đến tử vong. Cholesteatom dễ tái phát. Nhất thiết phải điều trị ngoại khoa, sau đó vẫn phải kiểm tra theo dõi đều đặn, phòng tái phát.

d. Di chứng của viêm tai mạn tính

Tình trạng viêm nhiễm đã chấm dứt nhưng màng nhĩ còn thủng hoặc sẹo, chuỗi xương con đứt đoạn hoặc bị dính, có tổ chức xơ, đóng vôi tai giữa. Nếu nghe kém nhiều, phẫu thuật tạo hình tai giữa có thể có kết quả. Hoặc phải đeo máy trợ thính.

3. Viêm xương chũm cấp tính

Là viêm xương cấp tính ở xương chũm, rất đa dạng.

s://myhanoi.com.vn/

Thực ra khi viêm tai giữa cấp, niêm mạc của các tế bào chũm cũng bị viêm nhưng khi quá trình đã khỏi thì hồi phục toàn vẹn. Viêm xương chũm cấp tính chỉ xảy ra khi mủ ứ đọng trong các tế bào chũm không thoát ra được hoặc độc tính vi khuẩn mạnh, làm tổ chức xương bị viêm.

Biểu hiện thường gặp là:

a. Viêm xương chũm cấp tính xuất ngoại

- Sưng sau tai, vùng xương chũm, làm vểnh tai ra phía trước và xuống dưới.
- Sưng trên tai lan ra vùng thái dương, có thể làm khít hàm hoặc phù nề mi mắt.
- Sưng ở vùng mỏm chũm lan ra phần trên cổ v.v..

b. Viêm xương chũm cấp tính không xuất ngoại

Viêm tai giữa cấp đã một vài tuần, triệu chứng toàn thể và cơ năng vẫn còn: sốt kéo dài, tai vẫn chảy, đau vùng xương chũm, ấn vào rất đau.

Trên phim X quang (Schüller): tế bào chũm mờ.

c. Viêm xương chũm tiềm ẩn:

Viêm tai giữa cấp tái phát nhiều lần, mặc dù đã nạo VA trẻ vẫn ốm vặt, không lên cân...

Không có lý do nào khác, khám tai: màng nhĩ dày đục, không trở lại bình thường.

Ở trẻ em có trường hợp biểu hiện bằng trạng thái nhiễm độc thần kinh.

- Điều trị: khoét chũm đơn thuần - kháng sinh - nâng cao thể trạng.

4. Viêm tai xương chũm mạn tính

Chảy tai lâu ngày, nghe kém là hai triệu chứng chủ yếu. Màng nhĩ bị thủng, hệ xương con bị hư hỏng, tế bào chũm bị viêm. Nếu có cholesteatom thì dễ dàng biến chứng và tái phát. Chụp phim X quang xương chũm có thể thấy các hình ảnh bệnh lý.

Viêm tai xương chũm mạn tính hồi viêm là đợt viêm cấp với các biểu hiện giống như viêm xương chũm cấp tính, dễ gây các biến chứng nguy hiểm.

s://myhanoi.com.vn/

Điều trị: phẫu thuật tiệt căn hoặc bảo tồn có hoặc không tái tạo hệ truyền âm kiểu tạo hình tai giữa.

5. Biến chứng của viêm tai và viêm xương chũm

a. Liệt mặt:

Viêm tai, viêm tai xương chũm cấp và mạn tính đều có thể gây ra liệt mặt thể ngoại biên.

Liệt vận động các cơ mặt biểu hiện rất khác nhau.

Ở thể nhẹ nhất, lúc biểu thị thái độ nét mặt mới thấy mặt mất cân xứng và khép mi không thật kín.

Thể nặng: liệt hoàn toàn, mất các nếp nhăn trán, rãnh mũi má, nhân trung lệch, cười, khóc... mồm méo xệch về bên phía lành, mắt phía bên liệt nhắm không kín (dấu hiệu Charles Bell).

Điều trị:

Viêm tai giữa cấp tính: trích rạch màng nhĩ

Viêm tai xương chũm cấp và mạn: mổ chũm

Trong mọi trường hợp ghi và đánh giá mức độ liệt từ đầu, theo dõi chuyển biến của mức độ liệt nếu không đỡ hoặc nặng thêm thì gửi đi khám chuyên khoa.

b. Áp xe ngoài màng cứng

Bệnh nhân bị viêm tai xương chũm, nhức đầu kéo dài. Thường là phát hiện áp xe ngoài màng cứng trong khi phẫu thuật.

Điều trị: mổ chũm, tháo mủ áp xe

c. Áp xe đại não và tiểu não

Là biến chứng nguy hiểm, tử vong còn cao, xác định bệnh còn khó khăn vì triệu chứng thường không đầy đủ và nếu đầy đủ thì đã muộn. Tập chứng Bergmann gồm ba hội chứng sau đây:

- Hội chứng nhiễm khuẩn: sốt, bạch cầu tăng, gày sút
- Hội chứng tăng áp lực nội sọ
  + Nhức đầu dữ dội, hoặc âm ỉ dai dẳng
  + Tinh thần trì trệ, lơ mơ, nửa tỉnh nửa mê hoặc hôn mê
  + Hội chứng màng não: cứng gáy, Kernig, nôn mửa. Chọc dò nước não tuỷ (rất thận trọng): áp lực tăng, tế bào tăng, albumin tăng, glucose tăng. Soi đáy mắt có thể thấy phù nề gai thị.

s://myhanoi.com.vn/

+ Chóng mặt, mạch chậm (báo hiệu bệnh nặng)

– Hội chứng thần kinh khu trú:

* *Áp xe não:* triệu chứng thường ở hai đối diện, biểu hiện thường là cơn động kinh Bravais - Jackson (bắt đầu co giật một bộ phận, tiến tới co giật toàn thể), liệt một chi, liệt nửa người, mất ngôn ngữ.

* *Áp xe tiểu não:* triệu chứng thường cùng bên, trương lực cơ giảm, động tác thiếu chính xác, rối tầm, quá tầm, mất liên động. Ngoài ra còn chóng mặt, loạng choạng, động mắt, bệnh nhân gầy sút nhiều và nhanh, nhức đầu thường ở vùng gáy.

Chú ý:

– Áp xe não nhiều khi không có mấy triệu chứng vì triệu chứng phần lớn tuỳ thuộc vào mức độ phù nề và viêm quanh áp xe.

– Áp xe não đặc biệt là áp xe tiểu não có thể gây biến chứng bất ngờ như tụt kẹt amidan tiểu não vào lỗ chẩm, chèn ép hành não, chết đột ngột nếu không cấp cứu ngay tức khắc.

– Ngày nay chụp và cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ giúp cho chẩn đoán dễ dàng hơn.

Điều trị:

– Mổ chọc hút hoặc dẫn lưu áp xe là phương pháp có hiệu quả tốt nhất. Có khi mổ lấy toàn bộ áp xe. Mổ chũm cùng lúc hoặc về sau.

– Chống phù não bằng tiêm truyền dung dịch glucose ưu trương, mannitol 10-20%. Magnesie sulfat 15%...

– Kháng sinh liều cao, nhiều khi cần cho thuốc chống vi khuẩn kỵ khí.

– Theo dõi chặt chẽ mạch, nhiệt độ, nhịp thở... Hộ lý đặc biệt nhất là khi hôn mê, liệt.

d. Viêm màng não

Triệu chứng: sốt cao, nhức đầu, nôn mửa, chóng mặt, mê sảng, li bì, hoặc giãy giụa. Trẻ em thường co giật

Hội chứng màng não: cứng gáy, Kernig (+)

Chọc dò NNT: áp lực cao, tế bào tăng, albumin tăng, đường giảm

s://myhanoi.com.vn/

Chú ý: mỗi khi viêm tai xương chũm có biến chứng màng não, luôn luôn đặt vấn đề: có áp xe não không ? Có đi kèm viêm tắc tĩnh mạch, viêm mê nhĩ không ?

Xử lý: viêm tai xương chũm có phản ứng màng não thì gửi đi khám chuyên khoa Tai Mũi Họng.

e. Biến chứng tĩnh mạch, nhiễm khuẩn huyết

Triệu chứng:

- Sốt cao từng cơn, nhiệt biểu hình nhiều mũi nhọn
- Ấn phía sau xương chũm rất đau
- Nếu tắc mạch lan đến tĩnh mạch cảnh trong thì vùng rãnh cảnh sưng nề, ấn đau.
- Bạch cầu trong máu tăng cao
- Nghiệm pháp Queckenstedt-Stockey: chọc dò NNT ấn tĩnh mạch cảnh trong: trường hợp tắc mạch, áp lực NNT không tăng; trường hợp không tắc mạch, áp lực NNT tăng lên.

Điều trị:

Mổ chũm. Kháng sinh liều cao. Thắt tĩnh mạch cảnh trong

Theo dõi các biến chứng nhiễm khuẩn di căn, ví dụ áp xe phổi, gan v.v..

f. *Viêm mê nhĩ*

Có thể xảy ra sau viêm tai giữa cấp hoặc viêm tai giữa mạn có cholesteatom, nhất là khi hồi viêm.

Triệu chứng:

- Chóng mặt
- Điếc kiểu tiếp nhận, ù tai
- Động mắt

Điều trị:

- Viêm mê nhĩ thanh dịch triệu chứng lâm sàng thường nhẹ hơn: kháng sinh, cortoicoid
- Viêm mê nhĩ mủ: mổ chũm, kháng sinh. Có trường hợp phải phá huỷ mê nhĩ

s://myhanoi.com.vn/

Chú ý:

Viêm mê nhĩ có thể gây ra viêm màng não thông qua ống tai trong. Ngược lại viêm màng não cũng có thể gây ra viêm mê nhĩ, dẫn tới điếc nặng một hoặc cả hai bên.

III. TAI TRONG

Hội chứng tiền đình

Gồm ba triệu chứng là chóng mặt, ù tai, nghe kém, kèm theo buồn nôn và nôn, hoa mắt, động mắt. Chóng mặt là một ảo giác thấy nhà cửa, đồ vật quanh mình quay vòng hoặc cảm giác bản thân bồng bềnh, ngả nghiêng loạng choạng có thể mất thăng bằng và ngã vật ra nhưng bao giờ cũng tỉnh táo, nếu bất tỉnh thì loại trừ chóng mặt.

Chẩn đoán:

a. Thường gặp nhất là chóng mặt Menière, xuất hiện thành cơn kịch phát, hay thấy ở người trẻ, (bị một tai 20%) hoặc cả hai tai. Cơn kéo dài vài phút cho đến vài giờ, do sũng nước mê nhĩ vì nhiều nguyên nhân khác nhau. Cơn thưa cách nhau hàng năm hoặc dày, liên tiếp. Giữa các cơn rất ít triệu chứng, hơi ù tai, nghe kém. Có trường hợp sau một thời gian bệnh kéo dài rồi hầu như khỏi hẳn.

Tóm lại biểu hiện rất đa dạng

b. Các hội chứng tiền đình ốc tai do rối loạn mạch máu như HA cao, xơ vữa động mạch, thiểu năng động mạch cột sống thân nền v.v..

c. Chấn thương xương đá, nhiễm độc thuốc (aminosit v.v..), viêm mê nhĩ.

Điều trị:

a. Đối với chóng mặt Menière: cho các thuốc an thần, giãn mạch, truyền dịch ưu trương, thuốc chống dị ứng, ăn nhạt, lợi tiểu... có trường hợp phải phẫu thuật.

b. Các trường hợp khác: điều trị theo nguyên nhân

s://myhanoi.com.vn/

IV. Ù TAI

Là một nguyên nhân làm bệnh nhân lo lắng đi khám bệnh nhưng cũng không ít trường hợp điều trị kém hiệu quả. Bệnh nhân kể nhiều loại tiếng ù tai giống tiếng xay lúa, tiếng dế, tiếng sáo... Mọi loại bệnh ở tai đều có thể gây ra ù tai, nguy hiểm như trường hợp u dây thần kinh thính giác, ung thư vòm họng... Các loại bệnh làm biến đổi thể chất dòng máu cũng có thể gây ù tai: HA cao, hạ, vữa xơ động mạch, dùng một số loại thuốc, urê huyết cao v.v..

Có loại ù tai đập theo nhịp mạch gọi là tiếng ù khách quan, người khác cũng nghe được là do một số bệnh mạch máu trong sọ.

Thường khi không tìm thấy nguyên nhân hiển nhiên. Thử cho thuốc an thần, giãn mạch, châm cứu.

Tâm lý liệu pháp làm cho bệnh nhân an tâm, hết lo lắng.

V. ĐIẾC

Đối với thầy thuốc TMH, điếc là giảm sút sức nghe ít hoặc nhiều; giảm sút sức nghe dù ít cũng cần khám tai và đo sức nghe vì có khi là bắt đầu một bệnh nặng như u dây thần kinh VIII.

a. Điếc nghề nghiệp: công nhân làm việc nơi có tiếng ồn cần khám định kỳ để phát hiện sớm điếc nghề nghiệp lúc đầu chưa ảnh hưởng đến giao tiếp. Điếc nghề nghiệp không hồi phục nên phải phát hiện và xử lý sớm.

b. Điếc trẻ em: điếc nặng hơn 80dB (đêxiben) chiếm khoảng 1% trẻ em. Nếu trẻ em không biết "hóng chuyện", "ừ à bập bẹ" chậm nói cần phát hiện trẻ em bị điếc, càng sớm càng tốt để đeo máy trước hai tuổi. Đeo máy chậm sẽ ảnh hưởng đến khả năng nghe, phát âm, tâm lý, tình cảm của trẻ. Điếc nặng không đeo máy sẽ trở thành "câm" ảnh hưởng đến sự phát triển trí tuệ và tư cách của trẻ

c. Điếc đột ngột: là điếc tiếp nhận, điếc nặng xuất hiện đột ngột, thường một bên tai, có khi bị cả hai bên, hay gặp ở người trung niên, khó tìm thấy nguyên nhân ngay từ đầu. Cho nằm nghỉ ngay tại giường truyền dung dịch ưu trương, thuốc giãn mạch như divascol, papaverin, có trường hợp dùng corticoid. Cần loại trừ các nguyên nhân: bệnh

s://myhanoi.com.vn/

xơ cứng rải rác, đái đường, giang mai, bệnh bạch cầu mạn, u dây thần kinh VIII, có trường hợp do uống thuốc chống thai, bệnh virus, các bệnh mạch máu.

VI. CHẤN THƯƠNG XƯƠNG ĐÁ

Chấn thương xương đá nguy hiểm vì các biến chứng tai và có thể gây ra viêm màng não sau nhiều năm vì đường vỡ xương chỉ có tổ chức xơ hàn gắn lại chứ không phải chất xương.

Trước một chấn thương xương đá, vấn đề trước tiên cần phải giải quyết là khám phẫu thuật thần kinh để phát hiện ổ tụ máu ngoài màng cứng và các thương tổn sọ não khác.

Các triệu chứng sau đây hướng về vỡ xương đá:

- Chảy máu ra tai
- Chảy nước não tuỷ ra tai (có khi ra mũi, họng)
- Liệt mặt
- Chóng mặt, động mắt
- Điếc, nghe kém

Chụp X quang (Schüller, Stenvers) có thể thấy đường vỡ xương. Khám tai để xem có tổn thương ở ống tai ngoài hay ở màng nhĩ, hòm nhĩ (rách, lỗ thủng, máu đọng trong hòm nhĩ, v.v..)

Các di chứng của vỡ xương đá và chấn thương sọ não đối với tai rất phức tạp, không chỉ với chức năng thính giác, thăng bằng mà cả về mặt tâm lý, thần kinh giao cảm.

MŨI VÀ XOANG

I. MŨI

1. Dị vật mũi

Thường gặp ở trẻ em. Dị vật là các hạt thực vật: ngô, lac... hoặc các vật khác: viên bi, cuộn giấy... lâu ngày mũi bị viêm, chảy mủ thối một bên, có khi lẫn cả máu.

s://myhanoi.com.vn/

Có trường hợp dị vật nội sinh gọi là sỏi mũi

Điều trị: soi, gắp ở cơ sở TMH

2. Vẹo vách ngăn mũi

Bệnh nhân đến khám vì ngạt mũi, khó thở hoặc nhức đầu, hoặc hắt hơi, sổ mũi hơi giống bệnh cảnh của dị ứng mũi-xoang hoặc viêm mũi-xoang. Khám soi mũi thấy vách ngăn bị vẹo.

Điều trị:

Phẫu thuật cắt bỏ phần vẹo của vách ngăn

3. Viêm mũi họng cấp tính tái phát ở trẻ em

Là bệnh hay gặp ở trẻ em từ 6 tháng tuổi đến 7-8 tuổi. Thừa hưởng miễn dịch của mẹ cho đến 6 tháng tuổi, trẻ phải tự tạo lấy miễn dịch qua các lần nhiễm virus ở đường thở trên tức là mũi và họng, trung bình mỗi năm từ 6-10 lần cho đến khoảng 8 tuổi thì khả năng miễn dịch đã chín muồi, số lần viêm mũi họng giảm xuống. Như vậy viêm mũi họng cấp tính ở trẻ cũng là quá trình tất yếu, không thể tránh khỏi, để tạo ra miễn dịch, thường là dễ chẩn đoán, dễ khỏi nếu không bội nhiễm và biến chứng.

Triệu chứng:

Sốt đột ngột có khi sốt cao vài ba ngày, trẻ khó ở, vật vã, có khi nôn hoặc tiêu chảy.

Ngạt mũi, chảy mũi nhầy hoặc đặc vàng có thể có hạch cổ hai bên.

Khám thấy niêm mạc mũi xung huyết, tiết nhiều dịch, họng đỏ, màng nhĩ xung huyết, có tia máu nhưng không có ngấn nước, không phồng.

Biến chứng: trẻ có thể sốt cao, co giật, hội chứng nhợt sốt.

Ngoài ra do bội nhiễm: viêm tai giữa cấp, viêm xoang cấp, viêm thanh khí phế quản cấp, áp xe thành sau họng, thành bên họng.

Điều trị: không có điều trị đặc hiệu. Đối với thể nhẹ: điều trị 3-4 ngày.

- Thuốc hạ sốt nếu sốt cao
- Rỏ mũi để giảm ngạt mũi: vài giọt Adrenlin 1/3000 mỗi bên mũi. Rỏ thuốc kháng sinh, corticoid vào mũi không ích lợi gì. Uống, tiêm kháng sinh cũng không ích lợi gì. Chỉ dùng kháng sinh khi có bội nhiễm và biến chứng.

s://myhanoi.com.vn/

4. Viêm mũi cấp tính

(Ở trẻ lớn và người lớn)

- Nhiều bệnh nhiễm khuẩn như cúm, sởi... đều có viêm mũi cấp. Nhưng có những nhiễm khuẩn với các loại như rhinovirus, adenovirus v.v.. mà bệnh cảnh chủ yếu dường như chỉ là viêm mũi cấp. Sau nhiễm virus thường có thể bội nhiễm.

Triệu chứng:

Có nhiều mức độ nặng nhẹ khác nhau: kéo dài từ 3-5 ngày, có khi hàng tuần. Ngạt mũi, chảy mũi, hắt hơi, chảy nước mắt, nhức đầu. Chảy mũi ban đầu là chảy mũi nước, nhầy, sau đặc vàng. Triệu chứng giảm dần nếu không có biến chứng.

Biến chứng: viêm tai giữa, viêm xoang, viêm thanh phế quản... Những người có cơ địa dị ứng, sức khoẻ yếu kém, bệnh thường kéo dài, ho có đờm lâu mới khỏi.

Điều trị:

Điều trị triệu chứng càng sớm càng chóng lành. Thuốc kháng histamin, co mạch tại chỗ, khi có bội nhiễm phải dùng kháng sinh ngay.

5. "Viêm" mũi vận mạch - viêm mũi dị ứng

Thường dễ lẫn lộn hai loại này

Ba triệu chứng chính: ngạt mũi, hắt hơi hàng tràng, chảy nước mũi, nhầy

Khám soi mũi: niêm mạc mũi xung huyết đỏ hoặc bệch tím nhợt v.v..

Cần phân biệt

- Viêm mũi dị ứng là sự xung đột kháng nguyên trong không khí (phấn hoa, bụi nhà) với kháng thể lưu hành IgE (quá mẫn cảm Typ I). Chẩn đoán dựa vào tiền sử gia đình, bản thân và các xét nghiệm sinh học như tăng bạch cầu ái toan, định lượng IgE toàn phần và IgE đặc hiệu, test nội bì. Có hai thể thường gặp:
  + Dị ứng phấn hoa hoặc sổ mũi mùa
  + Dị ứng quanh năm (kiểu với bụi nhà)
- Viêm mũi vận mạch không do dị ứng:

s://myhanoi.com.vn/

Không phải do tác nhân sinh hoá học gây ra như dị ứng mà do các thay đổi vật lý như thời tiết nóng lạnh thất thường, bị lạnh đầu, lạnh chân, nơi ở ẩm thấp hoặc do thay đổi nội tiết, các stress như lo âu, tuổi dậy thì, uống thuốc tránh thai, thuốc hạ huyết áp.

Cần lưu ý các trường hợp viêm mũi vận mạch bội nhiễm

Điều trị

+ Dị ứng: kháng histamin, corticoid, giảm mẫn cảm đặc hiệu
+ Vận mạch: tránh các nguyên nhân gây bệnh, dầu cao xoa, xông, rèn luyện cơ thể, nếu cần đốt cuốn mũi...

6. Viêm mũi quá phát

Niêm mạc mũi quá phát thường xuyên, nhất là cuốn dưới, không hoặc ít co hồi khi rỏ thuốc co mạch.

Triệu chứng: ngạt mũi thường xuyên. Vì thế nhức đầu vùng trán, khô rát họng vì thở đằng mồm, ù tai. Soi mũi thấy niêm mạc mũi cuốn dưới phì đại. Trường hợp khu trú chỉ có đuôi cuốn dưới phì đại.

Điều trị: Đốt cuốn bằng đông điện, hoá chất, cắt đuôi cuốn.

7. Viêm mũi teo - Trĩ mũi.

Trĩ mũi là thể viêm teo nguyên phát với triệu chứng nặng nề nhất, bệnh sinh chưa rõ ràng tuy có nhiều giả thuyết, đời sống kinh tế - xã hội càng cao thì càng hiếm thấy. Thường là con gái phát hiện vào quãng tuổi dậy thì.

– Mùi thối lợm mửa; vảy xanh thối, hốc mũi rộng, cuốn mũi teo, bệnh nhân mất cảm giác ngửi.

Các thể nhẹ thì triệu chứng ít hơn.

Điều trị:

+ Đối với trĩ mũi: các phương pháp mổ để làm hẹp hốc mũi (kiểu Eyriès) huỷ dây giao cảm quanh động mạch hàm trong. Kết quả không hoàn hảo nên vẫn phải điều trị bổ trợ (xem phần rửa hốc mũi).
+ Rửa hốc mũi, đặt bấc kháng sinh, vitamin A,B, lưu huỳnh, nước suối khoáng có lưu huỳnh (Mỹ Lâm...).

8. Polyp mũi.

Triệu chứng chủ yếu là ngạt mũi, mỗi lần bị cảm lạnh thì chảy mũi, nhức đầu tăng lên. Khám soi mũi thấy có polyp đơn

s://myhanoi.com.vn/

độc hoặc thành chùm, màu sắc trong, mọng hoặc trắng đục có khi hồng đỏ. Polyp thường có chân bám xuất phát từ xoang sàng, xoang hàm bị viêm.

Điều trị: cắt bỏ polyp và điều trị xoang.

Cần lưu ý tránh nhầm với thoát vị não - màng não (cắt bỏ nhầm sẽ gây tai biến nặng nề) và với các loại u khác, nhất là u ác tính.

II. XOANG

Xoang là các hốc xương mặt sọ được lót bởi niêm mạc hô hấp, đổ vào hốc mũi qua các lỗ nhỏ, gồm có:

- Nhóm xoang trước: xoang hàm, xoang sàng trước, xoang trán vây quanh mắt vì vậy dễ gây biến chứng mắt. Khi mới đẻ xoang sàng đã thông bào, xoang hàm còn rất nhỏ, xoang trán thì đến khoảng 4 - 7 tuổi mới bắt đầu phát triển.
- Nhóm xoang sau: xoang sàng sau, xoang bướm ở sâu dưới nền sọ, liên quan đến phần sau ổ mắt, dây thần kinh thị giác, xoang tĩnh mạch hang, tuyến yên.

1. Viêm xoang cấp tính ở người lớn.

Nguyên nhân do nhiễm khuẩn và tắc lỗ thông xoang gặp trong đợt viêm mũi, cảm cúm.

Thông thường một xoang bị viêm, có khi cả hai bên, hoặc lan đến cả xoang sàng, xoang trán, xoang bướm tạo thành viêm đa xoang.

Triệu chứng

Đau nhức nhất là vùng quanh mắt, đau thành cơn, đau theo nhịp đập. Ấn đau phía dưới ổ mắt. Ngạt mũi, chảy mũi đặc có thể cả mủ lẫn máu; soi mũi sau khi đã đặt thuốc co cuốn mũi thấy mủ chảy ra từ khe giữa. Có trường hợp viêm xoang do răng số 5,6,7 hàm trên bị áp xe quanh chân răng đổ vào trong xoang, răng đau nhức theo nhịp đập, lợi quanh đó bị viêm. Mủ chảy ra rất thối.

Điều trị:

Nội khoa, nhằm mục đích chống nhiễm khuẩn, dẫn lưu tốt. Kháng sinh, thuốc chống viêm, chống viêm và phù nề tại chỗ, ví dụ đặt bấc hoặc tampon naphtazolin vào khe giữa, xông menthol, khí dung.

s://myhanoi.com.vn/

Chỉ chọc dò thông rửa xoang khi đã giảm viêm nhiễm

Trường hợp do răng cần chữa răng.

2. Viêm xoang sàng cấp tính ở trẻ em

Trẻ từ 2-4 tuổi bị viêm mũi rồi sưng nề hai mi mắt không mở được mắt (nếu vạch mi thì nhận thấy vận động nhãn cầu bình thường, giác mạc không biến đổi, trẻ vẫn nhìn thấy).

Vài ngày sau có thể xuất ngoại, thành túi mủ ở góc trong của mắt. Có trường hợp gây mù loà, biến chứng nội sọ.

Điều trị cấp cứu

Kháng sinh liều cao. Thuốc chống viêm. Có khi phải trích rạch.

3. Viêm xương - tuỷ hàm trên giả dạng viêm xoàng hàm cấp

Trẻ còn nhỏ, xoang hàm chưa phát triển. Thực chất là viêm xương - tuỷ hàm trên: hội chứng nhiễm khuẩn, sưng đỏ mi mắt dưới và vùng má rồi chảy mũi mủ. Lợi răng cũng sưng hoặc có lỗ rò.

Điều trị: kháng sinh. Khi cần nạo bỏ mảnh xương

4. Viêm xoang mạn tính

Thường là do sự biến đổi không hồi phục của niêm mạc xoang trở nên dày, loạn sản, dạng polyp, tiết dịch nhầy hoặc viêm mủ...

Nguyên nhân của sự biến đổi đó có thể là tại chỗ hoặc toàn thể; vẹo vách ngăn cao, phì đại cuốn giữa, dị ứng, về sau dị ứng và nhiễm khuẩn xen quện vào nhau. Do đó điều trị thường làm bệnh thuyên giảm nhưng ít khi khỏi hẳn.

Triệu chứng:

Nhiều người bị viêm nhiễm mạn tính thường không đau, trừ trường hợp hồi viêm: có thể nhức váng vất, nặng đầu, vị trí tuỳ theo loại xoang viêm. Viêm xoang trước thường rức quanh mắt, ở hàm trên. Viêm xoang sau rức ở sâu hoặc ở vùng chẩm.

- Thể điển hình là viêm xoang hàm do răng chảy mủ thối một bên mũi, mùi thối gây khó chịu cho người chung quanh. Khám răng sẽ thấy răng hàm nhỏ số 5 hoặc răng hàm 6,7 bị sâu, có khi chụp X quang mới thấy tổn thương ở chân răng; có trường hợp rò ở răng nối thông miệng-xoang.

s://myhanoi.com.vn/

- Thể do mũi thường kèm theo viêm xoang sàng trước, xoang trán ít bị hơn. Chảy mũi mủ, nhầy mỗi ngày phải sì nhiều lần, có khi mủ chảy xuống họng và nuốt đi.

Khám soi mũi có thể thấy mủ nhầy ở khe giữa, gờ Kauffmann...

Chụp X quang Blondeau há mồm và Hirtz rất có giá trị trong chẩn đoán xác định: hình xoang mờ đều hoặc hình vành khung, hình polyp...

- Viêm xoang sau: triệu chứng âm ỉ, dễ nhầm lẫn. Mũi chảy xuống họng, bệnh nhân phải khậm khịt hoặc chất tiết dịch trôi xuống dưới rồi nuốt đi. Ngạt mũi ít nhiều. Có khi biến chứng mắt như: viêm thần kinh thị giác sau nhãn cầu, viêm mống mắt thể mi... rồi chụp X quang mà phát hiện thấy.
- Chụp cắt lớp vi tính, CT Scan và cộng hưởng từ cho thấy rõ bệnh tích ở các xoang.

Điều trị:

- Kháng sinh chống vi khuẩn nhạy cảm, ái khí và yếm khí, chống nấm nếu cần. Chọc rửa xoang nếu cần.
- Kháng histamin và thuốc chống viêm, chống phù nề, giảm xuất tiết.
- Khi cần thiết: phẫu thuật nội soi chức năng mũi-xoang. Có trường hợp phải mổ xoang hàm kiểu Caldwell-Luc, mổ vách ngăn.

5. Biến chứng của viêm xoang

Gồm hai loại:

Biến chứng mắt

a. Viêm mô tế bào ở mắt cấp tính

Phù nề mi mắt và kết mạc, có khi khó đánh giá về vận nhãn, lồi mắt.

Khó khăn cơ bản là phân biệt viêm mô tế bào đơn thuần, chỉ cần điều trị nội khoa, với mủ trong hốc mắt cần phải dẫn lưu kịp thời tránh khỏi mù. Cần chỉ định phẫu thuật khi có một trong ba dấu hiệu sau:

- Nhãn cầu cố định vì liệt mắt
- Giãn đồng tử, liệt
- Mất nhạy cảm giác mạc

s://myhanoi.com.vn/

b. Lồi mắt, liệt vận nhãn, viêm thần kinh thị giác sau nhãn cầu.

Có thể do viêm hoặc u nhầy các xoang sau. Chẩn đoán xác định bằng chụp X quang.

Biến chứng não

Viêm màng não mủ, áp xe ngoài màng cứng áp xe não, viêm tắc xoang tĩnh mạch dọc trên, xoang hang... thường do viêm xoang trán cấp tính. Các tình huống sau đây dẫn tới chẩn đoán:

- Viêm xoang trán cấp điều trị tích cực nhưng triệu chứng không giảm
- Có các triệu chứng của nhiễm khuẩn nội sọ, khi tìm nguyên nhân cần nghĩ đến xoang.

III. CHẢY MÁU MŨI

Xảy ra trong trường hợp đã biết bệnh hoặc tìm ra được căn nguyên bệnh tại chỗ hoặc toàn thể như:

- U mũi xoang, vòm họng
- Các bệnh gây chảy máu
- Chấn thương ở mũi, mắt.
- Huyết áp cao, xơ vữa động mạch
- Bệnh lây nhiễm, dengue, cúm, bạch hầu, thương hàn

Có nhiều trường hợp không tìm được căn nguyên gọi là "vô căn".

Điều trị:

a. Điều trị nguyên nhân: ấn vào cánh mũi

b. Đặt bấc mũi trước, các thuốc cầm máu tại chỗ. Có khi phải đốt điện, đốt hoá chất (ví dụ NaO_3Ag) vào điểm mạch.

Chảy máu nhiều: nút mũi trước và sau, thắt mạch bướm khẩu cái, hàm trong...

c. Nghỉ ngơi, theo dõi chảy máu. An thần, kháng sinh nếu nút bấc.

IV. CHẤN THƯƠNG MŨI

Khám lúc mới chấn thương do phù nề bầm tím có khi không tìm thấy di lệch, vài ngày phải kiểm tra lại. Ở trẻ em chấn thương làm vỡ mũi, hay bị coi thường sẽ để lại những di chứng xấu về thẩm mỹ và chức năng.

s://myhanoi.com.vn/

Lực chạm thương từ phía bên có thể làm vẹo mũi. Lực chạm thương hướng trước sau làm vỡ xương chính mũi và vách ngăn, làm tẹt và lệch mũi.

Thăm khám:

Nhìn thấy mũi vẹo lệch, sờ có thể thấy lung lay, lạo sạo. Soi mũi thấy có tụ máu vách ngăn cần trích tháo, để đề phòng sụn bị tiêu huỷ do nhiễm khuẩn. Chụp X quang nghiêng và thẳng có thể thấy đường rạn vỡ.

Điều trị:

Nắn lại trong vòng 12 ngày đầu. Để lâu sẽ thành "can" xương lệch, phải mổ phức tạp hơn.

V. CHẤN THƯƠNG XOANG

1. Xoang trán dễ bị chấn thương, bản ngoài bị vỡ thường tự liền nhưng có khi do máu đọng trong xoang nhiễm khuẩn sinh ra nhiều biến chứng rắc rối; bản trong bị vỡ thì màng não dễ bị rách do đó có thể chảy máu, sinh túi hơi, chảy nước não tuỷ ra mũi và viêm màng não mủ...
2. Xoang hàm, xoang sàng có thể bị vỡ trong các chấn thương vỡ ngang xương hàm trên (các kiểu Le Fort).

Đây là chấn thương hàm mặt rất nặng nằm trong bối cảnh của một đa chấn thương, nhiều khi phải giải quyết ở trung tâm lớn cần có sự phối hợp của nhiều chuyên khoa: Ngoại khoa chấn thương, phẫu thuật thần kinh, mắt, TMH, RHM... Trong đó các vấn đề sinh tử nổi lên hàng đầu như sốc, ngạt thở, chảy máu... rồi mới đến vấn đề TMH.

HỌNG

1. Viêm amiđan cấp tính - Viêm họng cấp

Tác nhân gây bệnh là virus hoặc vi khuẩn, có thể lúc đầu là virus sau bội nhiễm vi khuẩn. Virus thường gây viêm toả lan cả họng, mũi có khi kết mạc, thanh quản cũng bị viêm. Vi khuẩn

s://myhanoi.com.vn/

thường gây viêm khu trú hơn. Các thể lâm sàng rất phong phú từ nhẹ đến nặng. Không thể dựa vào đó để biết nguyên nhân gây bệnh mà việc điều trị cần kịp thời không thể đợi kết quả xét nghiệm, thường không đủ khả năng thực hiện, ví dụ đối với virus...

Triệu chứng: sốt, đau họng, khám thấy toàn bộ họng đỏ hoặc amiđan đỏ, có bựa trắng. Hạch góc hàm có thể sưng to và đau.

Điều trị:

a. Trong lứa tuổi học sinh, viêm amiđan cấp do liên cầu tan huyết β nhóm A có thể gây ra thấp khớp và biến chứng tim (9‰ số dân ở các nước đang phát triển) nên mọi trường hợp viêm amiđan cấp đều cho uống penicillin 1-2 triệu đơn vị x 10 ngày. Nếu dị ứng với penicillin thì cho erythromycin.

b. Ngoài lứa tuổi nói trên nếu nhẹ thì cho thuốc giảm đau, súc họng, nặng hơn thì cho hạ sốt, kháng sinh.

Chú ý:

1. Nếu viêm amiđan có giả mạc xám khó bóc tách thì phải nghĩ đến bạch hầu. Quệt họng, cấy tìm vi khuẩn bạch hầu. Cho tiêm ngay penicillin G, huyết thanh chống bạch hầu.
2. Amiđan một bên bị loét có lớp phủ màu vàng, quệt soi tươi thấy vi khuẩn thoi xoắn cộng sinh thì là viêm họng Vincent, điều trị penicillin sẽ khỏi nhanh chóng.

Nhưng nếu loét trợt, lớp phủ dính hơn, sờ bằng tay đeo găng thấy amiđan cứng rắn, có hạch. Quệt tìm xoắn khuẩn cần thử máu xem có phải là giang mai không.

3. Amiđan loét sâu hoại tử cần thử máu phát hiện các bệnh bạch cầu (leucemie) hoặc mất bạch cầu hạt v.v..

2. Viêm amiđan mạn tính

Những triệu chứng ho "khan", rát họng, khịt, khạc... nhiều khi là do ngạt, tắc mũi, chảy mũi xuống họng... hoặc các đợt viêm cấp. Khám có thể thấy amiđan to, quá phát (chú ý: ở trẻ em trong quá trình tăng trưởng miễn dịch amiđan thường là to) hoặc có hốc mủ.

Thực tế trên lâm sàng khó phân định giới hạn giữa amiđan bình thường và amiđan viêm mạn tính. Tuy nhiên hiện nay đã thống nhất cần chỉ định cắt amiđan như sau:

- Amiđan quá to, gây cản trở cho thở và nuốt

s://myhanoi.com.vn/

- Đã bị viêm tấy và áp xe quanh amiđan
- Bị nhiều đợt viêm tái phát ảnh hưởng đến học tập, công tác
- Ngáy to và có những cơn ngừng thở trong khi ngủ

Ngoài ra do thầy thuốc suy xét từng trường hợp cụ thể.

3. VA và VA quá phát

Tổ chức lympho ở vòm họng (gọi là amiđan vòm), tiếp xúc với kháng nguyên là virus và vi khuẩn trong không khí thở vào đã viêm nhiều lần trong bối cảnh viêm mũi họng cấp tính tái phát, đó là một quá trình tạo dựng và trưởng thành miễn dịch và do đó phát triển về kích thước, nay nhân dân và y giới quen gọi là VA.

Thông thường tổ chức này thoái triển và biến mất vào quãng tuổi dậy thì. Nhưng ở một số trẻ (Liên bang Nga 3,5-8%, Việt Nam nhiều nơi 10-15%) VA phát triển quá mức (quá phát) trở thành bệnh lý và được gọi là VA quá phát.

Triệu chứng:

- VA quá phát làm bịt tắc lỗ mũi sau, chất mũi bị ứ đọng lại trong hốc mũi, bội nhiễm làm cho xoang cũng bị viêm nên "thò lò mũi xanh" trẻ phải há hốc mồm để thở, tối ngủ không yên giấc, ngáy.
- Vì thở đằng mồm, không khí không được sưởi ấm, không được bão hoà hơi nước, không được thải loại bụi bặm, virus và vi khuẩn nên dễ gây ra viêm phế quản, viêm phổi tái phát, viêm thanh quản, viêm khí quản, ho dai dẳng.
- Vòi nhĩ không thông, hòm nhĩ thiếu không khí nên trẻ nghe kém, nghễnh ngãng, nhiều lần viêm tai giữa hoặc chảy tai nhầy kéo dài (một kiểu chảy mũi ra tai).
- Trẻ nuốt phải chất mũi-mủ nên sinh ra các rối loạn tiêu hoá, ỉa chảy mất nước và cũng do viêm dai dẳng nên gày còm biếng ăn.
- Trong các đợt viêm cấp, nhiễm khuẩn lan đến hạch gây ra áp xe thành sau họng.
- Lâu ngày VA quá lớn có thể làm cho bộ mặt trông ngây ngô đần độn, mùi thò lò, mắt thô lố, mồm há hốc, vòm miệng hõm lên cao... (thật ra trẻ em bị các chứng bệnh làm ngạt tắc mũi lâu ngày đều có bộ mặt VA).

s://myhanoi.com.vn/

Điều trị:

Nạo VA, bồi dưỡng toàn thân

4. Áp xe quanh amiđan

Túi mủ hình thành giữa amiđan và lớp cơ của thành họng, nếu vỡ mủ thì thoát ra giữa trụ trước và amiđan.

Triệu chứng

Viêm họng, nuốt rất đau, xuyên lên tai, khó há miệng to, sốt cao. Khám thấy trụ trước đỏ, sưng phồng làm cho họng mất cân xứng, lưỡi gà phù mọng.

Điều trị:

Lúc mới đầu chưa mưng mủ cho kháng sinh liều cao. Về sau lúc đã có mủ: chọc dò, trích rạch tháo mủ. Cắt amiđan sau 4-6 tuần.

5. Áp xe thành sau họng

Thực chất là một viêm tấy hạch trước cột sống, vùng họng (hạch Gillette, bình thường thoái triển sau hai tuổi).

Triệu chứng:

Thường là trẻ em trên dưới 1 tuổi bị viêm mũi họng rồi đột ngột sốt cao, quấy khóc, co giật và kèm theo hai triệu chứng đáng chú ý:

- Khó nuốt: trẻ đói, muốn bú nhưng mới ngậm vú bắt đầu mút thì nhả ra ngay, khóc ré, ho sặc, tím tái.
- Khó thở xuất hiện chậm nhưng liên tục ậm ạch đáng lo ngại, có tiếng rít và co lõm trên ức, tiếng khóc khàn.

Khám họng thấy sau họng phồng lên và đỏ. Nếu áp xe ở cao và nhất là khi ở thấp, rất khó thấy.

Điều trị:

Chọc dò, trích rạch tháo mủ (đề phòng áp xe vỡ, mủ chảy ồ ạt vào đường thở, gây chết ngạt).

6. Áp xe thành bên trong họng

Thường là viêm tấy hạch nhưng cũng có khi là viêm tấy quanh amiđan lan ra phía ngoài. Gặp ở mọi lứa tuổi.

s://myhanoi.com.vn/

Triệu chứng:

Sau khi viêm họng nặng có ba triệu chứng

- Ngoẹo cổ, đầu nghiêng về phía bên đau
- Có khối sưng ở bên cổ, đội cơ ức đòn chũm lên.
- Sưng phồng thành bên họng, đẩy amiđan vào trong và ra trước.

Nếu là viêm tấy quanh amiđan thì triệu chứng nuốt khó rõ rệt hơn.

Điều trị:

Chọc dò trích tháo mủ. Nếu là viêm tấy hạch bên họng: trích rạch phía ngoài, thường ở bờ trước cơ ức đòn chũm.

Nếu là viêm tấy quanh amiđan: trích rạch trong họng, ở trụ trước amiđan sau khi đã chọc dò và trích rạch phía ngoài, dưới và sau góc hàm.

7. Dị vật họng

Thường là vật nhọn, hay gặp nhất là xương cá. Khám có thể thấy ngay, ví dụ xương cá cắm vào amiđan, lấy ra dễ dàng. Khám có thể thấy, phải tìm cẩn thận ở trụ sau amiđan, ở đáy lưỡi, hố lưỡi-thanh nhiệt, xoang lê. Kim khâu có thể đâm sâu vào, từ phía sau lưỡi hoặc vào thành họng, sau một thời gian có thể chuyển chỗ. Nếu soi không thấy, đợi vài ngày kim, xương cá... sẽ tòi ra và dễ tìm hơn.

Loại dị vật to ở hạ họng có thể gây khó thở nguy kịch, có khi phải mổ khí quản cấp cứu.

8. Ung thư vòm họng

Hay gặp nhất là ung thư liên bào không biệt hoá UCNT (1)

Gần đây được coi như do virus Epstein Barr gây ra, có tần suất cao nhất ở vùng Đông Nam Á, đặc biệt là miền Nam Trung Quốc, thứ đến là Bắc Phi. Nếu được phát hiện và điều trị sớm, có khả năng khỏi.

---

(1) UCNT: Undifferenciated Carcinoma of Nasopharyngeal Type

s://myhanoi.com.vn/

Triệu chứng

Thường là nam giới trên 30 tuổi (2/3), nhưng mọi lứa tuổi đều có thể bị. Gần nửa số bệnh nhân đi khám bệnh vì hạch ở cổ, thường hay chẩn đoán nhầm là lao hạch. Vì vậy có hạch ở cổ cần soi vòm.

- Ngạt mũi, chảy mũi có khi lẫn máu, một hoặc hai bên
- Ù tai, nghe kém, có khi chảy tai, thường là một bên
- Liệt các dây thần kinh sọ đặc biệt là các nhóm

a. III, IV, V, VI gây ra một hoặc nhiều triệu chứng sau đây: lác mắt, sụp mi, vận động nhãn cầu hạn chế, đau vùng mặt.

b. IX, X, XI, XII gây ra: khó nuốt, nuốt sặc, khàn tiếng, liệt lưỡi...

Khám soi vòm, sinh thiết và dùng phương pháp miễn dịch huỳnh quang đánh giá phản ứng với kháng nguyên của EBV.

Điều trị:

Tia xạ,hoá trị liệu, lấy bớt hạch nếu cần. Bồi dưỡng thể trạng chung.

9. Ung thư amiđan

Chủ yếu là carcinoma, thường hay gặp (13% trong tổng số ung thư TMH).

Triệu chứng

Nuốt khó và đau, đau xuyên lên tai. Hạch cổ, ở cao.

Khám thấy u ở amiđan có loét, sùi hoặc thâm nhiễm làm cho khó há mồm, thè lưỡi. Sinh thiết để chẩn đoán.

Điều trị:

- Tia xạ, u rất nhạy cảm. Phẫu thuật có chỉ định rất hạn chế và cũng lắm tai biến.

THANH QUẢN, THỰC QUẢN, KHÍ PHẾ QUẢN

1. Viêm thanh quản cấp

a. Ở người lớn

Viêm thanh quản cấp thường có khi cảm cúm, và các nhiễm khuẩn đường hô hấp trên và dưới.

s://myhanoi.com.vn/

Triệu chứng

Thông thường là khản tiếng, có khi mất hẳn tiếng, xảy ra trong bệnh cảnh nhiễm khuẩn nhẹ, như vậy không cần soi thanh quản.

Điều trị:

Corticoid, kháng sinh, khí dung

Chú ý:

Có trường hợp viêm nặng gây phù nề thanh thiệt, sụn phễu, kèm theo triệu chứng khó nuốt, nuốt đau, khó thở. Điều trị như trên bằng các thuốc tiêm, nặng hơn phải mở khí quản.

b. Ở trẻ em

Lúc viêm mũi họng cấp tính cũng dễ khàn tiếng, nếu chỉ có thế thì cũng chỉ cần theo dõi chu đáo xem có tiến triển gì thêm. Nhưng nếu là viêm thanh quản có khó thở thì là do viêm thanh quản cấp phù nề hạ thanh môn vấn đề sẽ khác hẳn, xem mục dưới đây.

2. Khó thở thanh quản

a. Tính chất

- Khó thở chậm
- Khó thở thì thở vào
- Có tiếng rít thì thở vào
- Co lõm trên xương ức, trên xương đòn, các khoang gian sườn và thượng vị
- Có kèm theo tiếng nói khàn, ho ông ổng

b. Cần đánh giá mức độ nặng nhẹ

Nhất là ở trẻ em dưới 1 tuổi vì lòng thanh quản và hạ thanh môn vốn đã hẹp, nếu như niêm mạc dày lên 1mm thì đã giảm khẩu kính gần 50%

Các dấu hiệu sau đây chứng tỏ bệnh nặng:

- Khó thở đã kéo dài trên một tiếng
- Dấu hiệu ngạt thở: xanh tím, vã mồ hôi, nhịp tim nhanh
- Nhợt nhạt (da, môi)
- Nhịp thở không đều, có lúc ngừng thở trên 20 giây

s://myhanoi.com.vn/

Chú ý:

- Có thể ngừng thở, ngừng tim. Không nên nhầm với trạng thái nhìn qua bề ngoài có vẻ tốt lên: thở nhanh nông, hết co lõm, nhưng vẫn còn xanh tím, không tỉnh táo, thực chất trẻ đã kiệt sức không đủ khả năng chống chọi tình trạng khó thở.

c. Xác định nguyên nhân:

Thường gặp hơn cả là viêm thanh quản cấp ở trẻ em, phù nề hạ thanh môn: mấy hôm trước có viêm mũi họng, từ chập tối khó thở tăng dần và trong vài giờ trở nên khó thở thanh quản, điển hình như đã mô tả ở trên.

Điều trị:

Corticoid tiêm tĩnh mạch và uống để bổ sung hiệu lực cho nhau, kháng sinh, thuốc an thần.

Thường sau 30-45 phút đã thấy kết quả. Nếu vẫn còn nặng, tiêm thêm corticoid.

Ngoài ra còn có:

a. Trẻ em:

- Bạch hầu thanh quản từ họng lan xuống, ít khi tiên phát.
- Viêm thanh quản co rít: trẻ có thể đang bị viêm thanh quản, tiếng khóc và tiếng ho khàn, sau một cơn ho kéo dài, trẻ ngạt thở, tím ngắt trong mấy giây do co thắt khép kín thanh quản, gây lo lắng cho gia đình. Sau đó hết khó thở, không co lõm. Trong vài giờ, biến chuyển tốt hẳn sau khi đã dùng thuốc chống co thắt (như seduxen, gardenal).
- U nhú thanh quản: sau một thời gian khản tiếng, khó thở từ từ.
- Hẹp thanh quản do bỏng (acid, base, nước sôi), chạm thương (ví dụ đặt nội khí quản...) dựa vào tiền sử.
- Dị vật đường thở (xem mục này)
- Tiếng rít thanh quản bẩm sinh, u mạch máu hạ thanh môn, dị tật bẩm sinh ở trẻ dưới 6 tháng tuổi.

s://myhanoi.com.vn/

b. Người lớn:

Ngoài viêm phù nề thanh quản (đã nói ở trên) còn có dị vật hạ họng thanh quản, dựa vào tiền sử.

- U lành tính và ác tính ở thanh quản
- Chấn thương thanh quản: dựa vào tiền sử
- Liệt cơ mở thanh quản và một số tổn thương thần kinh khác

Điều trị:

- Theo nguyên nhân
- Các trường hợp viêm phù nề: corticoid, kháng sinh
- Đặt ống nội khí quản, mở khí quản khi cần thiết

3. Khàn tiếng

- Có thể do nguyên nhân tại thanh quản hay ngoài thanh quản. Biến đổi ở các bộ phận sau đây có thể làm thay đổi giọng:
  + Niêm mạc dây thanh
  + Độ căng dây thanh (cơ chế thần kinh)
  + Áp lực không khí dưới thanh môn (phải đủ và thích hợp)
  + Các khoang cộng hưởng (họng, mồm, mũi, xoang)

Nguyên nhân:

- Viêm thanh quản cấp và mạn tính, viêm đặc hiệu: lao, giang mai.
- U lành tính (u hơi, u đặc, u máu, u nhú, u nang, polyp, hạt dây thanh...)
- Ung thư thanh quản: nam giới trên 40 tuổi khản tiếng khoảng ba tuần trở lên, coi chừng ung thư thanh quản. Về sau khó thở.

  Nếu ung thư lan từ hạ họng vào thanh quản thì bắt đầu nuốt đau, đau xuyên lên tai và cổ hạch ở cổ. Sau mới khản tiếng và khó thở.
- Liệt thanh quản: tổn thương có thể ở hành tuỷ, dây X, dây hồi quy. Khá thường gặp ung thư vòm có hạch cảnh ở cao chèn ép dây X ở lỗ rách sau, dây IX, X, XI cùng bị chèn ép, hoặc u trung thất (kể cả hạch, u ác tính và lành tính, chèn ép dây hồi quy trái).
- Chấn thương (ngoài và trong thanh quản)

s://myhanoi.com.vn/

– Nguyên nhân cơ năng do sử dụng giọng không đúng (cường độ quá lớn, không đúng loại giọng, không đúng với nhịp thở), hoặc do cơ chế nội tiết, tâm thần...

Tóm lại: khàn tiếng có thể là triệu chứng của một bệnh nhẹ nhưng có khi là bệnh nặng, nguy hiểm (ung thư). Có trường hợp chỉ cần khám chuyên khoa TMH đại cương, nhưng có trường hợp phải khám chuyên khoa sâu, về thanh học (ví dụ: khàn tiếng chức năng của những người làm chuyên nghiệp về giọng).

Điều trị theo nguyên nhân

4. Dị vật đường thở

Mọi lứa tuổi có thể bị hóc đường thở, hay gặp nhất là trẻ dưới 4 tuổi, vật hóc nhiều nhất là hạt lạc, rồi đến hạt ngô, hạt dưa, hạt na, hạt hồng bì... mẩu xương, vỏ tôm, cua, đốt xương cá, mảnh đồ nhựa, kim, cặp tóc...

Triệu chứng:

Trẻ đang ngậm hoặc đang ăn (có khi cũng là lúc trẻ đang bị nhiễm khuẩn đường hô hấp) đột nhiên ho sặc sụa, tím tái, ngạt thở trong chốc lát. Đó là hội chứng xâm nhập xảy ra khi dị vật qua thanh quản, niêm mạc bị kích thích, chức năng phản xạ bảo vệ đường thở của thanh quản được huy động để tống dị vật ra ngoài.

Tuỳ theo vị trí mắc kẹt của dị vật, biểu hiện triệu chứng sẽ khác nhau:

– *Dị vật thanh quản:*

+ *Dị vật tròn như viên thuốc* (đường kính khoảng từ 5-8mm) ném vào mắc kẹt ở buồng Morgagni của thanh quản, trẻ bị ngạt thở và chết nếu không được xử lý ngay lập tức.

+ *Dị vật sù sì như đốt sống cá:* trẻ em khản tiếng và khó thở, mức độ khó thở tuỳ thuộc phần thanh môn bị che lấp.

+ *Dị vật mỏng như mang cá rô đon* nằm dọc đứng theo hướng trước sau của thanh môn: trẻ khản tiếng nhẹ, bứt rứt nhưng không hẳn là khó thở.

– Dị vật phế quản:

Sau hội chứng xâm nhập ban đầu có một thời gian im lặng khoảng vài ba ngày, trẻ chỉ húng hắng ho, không sốt nhưng chỉ

s://myhanoi.com.vn/

hâm hấp, nghe phổi không có mấy dấu hiệu, thậm chí chụp X quang phổi, 70-80% trường hợp gần như bình thường. Đó là lúc dễ chẩn đoán nhầm. Về sau là các triệu chứng vay mượn: xẹp phổi, khí phế thũng, viêm phế quản-phổi, áp xe phổi...

Dị vật vào phế quản phải nhiều hơn phế quản trái.

- Dị vật khí quản

Phần lớn là do các dị vật di động: ví dụ hạt lạc mắc ở phế quản, ho bật lên bị kẹt ở hạ thanh môn, gây ra một cơn ho sặc sụa, khó thở giống như hội chứng xâm nhập, tái diễn nhiều lần.

Chẩn đoán dựa vào hội chứng xâm nhập: soi thanh khí phế quản vừa là phương tiện chẩn đoán vừa là phương pháp điều trị gắp dị vật.

- Những dị vật cản quang có thể cho hình ảnh trên phim, dị vật không cản quang chỉ có hình ảnh gián tiếp.
- Những trường hợp bệnh phổi điều trị lâu ngày không khỏi, soi phế quản có khi phát hiện ra dị vật bị bỏ quên.

Ghi chú: lúc trẻ hóc đường thở có nguy cơ ngạt thở (do dị vật bịt tắc thanh quản) thì phải mở khí quản ngay. Nếu không có điều kiện mở khí quản thì có thể làm thao tác Heimlich: ấn mạnh ở vùng bụng phía dưới sườn đẩy lên trên, nhằm mục đích nén số không khí còn lại trong phổi để tống dị vật ra ngoài.

5. Dị vật thực quản

Thường nhất là xương động vật (cá, gia cầm, lợn v.v..). Xương động vật từ ngày thứ hai trở đi đã có thể gây áp xe quanh thực quản cổ và áp xe trung thất, xương nhọn có thể xuyên thủng động mạch lớn, đều là biến chứng nguy hiểm.

Sau khi bị hóc xương người bệnh nhận thấy ngay nuốt đau và khó, không ăn uống được nhưng vì nhiều người xấu hổ, sợ mang tiếng là ăn tham nên dấu diếm và không nói thực. Chụp X quang cổ nghiêng có thể thấy được dị vật.

Điều trị:

Soi thực quản gắp dị vật. Nếu có áp xe quanh thực quản: mổ cạnh cổ dẫn lưu mủ. Áp xe trung thất, có khi phải mổ trung thất dẫn lưu.

s://myhanoi.com.vn/

6. Ung thư thanh quản

Phát hiện sớm có thể chữa khỏi

Nam giới đứng tuổi (trên 40 tuổi) khàn tiếng kéo dài trên 3 tuần, cần khám xem có ung thư thanh quản. Để lâu ngày sẽ gây ra khó thở rồi khó nuốt, đau lên tai, và có hạch cổ. Khám soi thanh quản thấy u ở dây thanh hoặc một vị trí khác của thanh quản, còn khu trú hay đã lan rộng. Sinh thiết để chẩn đoán mô bệnh học.

Điều trị:

Phẫu thuật cắt bỏ toàn phần hoặc một phần. Miễn dịch liệu pháp. Hoá chất liệu pháp, tia xạ.

7. Bỏng thực quản

Thường do uống các chất ăn mòn như xút, acid v.v..

Phân biệt hai trường hợp:

a. Cố ý uống một khối lượng lớn để tự tử. Tình hình rất trầm trọng có nhiều nguy cơ thủng thực quản, thủng dạ dày, rất dễ chết, cần đưa ngay vào khoa hồi sức cấp cứu. Bệnh nhân vật vã kêu la vì đau dữ dội, không thể nuốt được gì cả, chảy dãi lẫn máu, nôn.

Có thể khó thở vì phù nề thanh quản, cần phải mở khí quản hoặc đặt ống nội khí quản.

Thăm khám xem có bị viêm phúc mạc, tràn khí dưới da, truỵ tim mạch đều là biểu hiện thủng đường tiêu hoá. Có những hoá chất còn gây ngộ độc.

b. Uống nhầm, số lượng thường ít, và một phần đã được nhổ ra. Vì vậy nguy cơ ngộ độc hầu như không có, và không nguy hiểm đến tính mạng ngay tức khắc. Vấn đề chỉ là hình thành sẹo về sau, tuỳ thuộc vào số lượng, đậm độ chất nuốt vào.

Xử trí:

Ở tuyến cơ sở chuyển đến khoa hồi sức cấp cứu càng nhanh càng tốt. Nếu cần phải xử lý khi có khó thở thanh quản (tiêm corticoid) ghi chú mức bỏng miệng, họng, mắt và ngoài da.

Mấy việc cần chú ý là:

- Không cho uống thuốc gì, kể cả các thuốc gọi là để trung hoà vì chất ăn mòn đã tác động ngay tức khắc.

s://myhanoi.com.vn/

- Không rửa dạ dày vì có thể gây thủng thực quản
- Không cho uống các chất gây nôn cũng vì lý do như trên.

Ở bệnh viện: trong những ngày đầu, gây mê soi thực quản để đánh giá tình trạng bỏng: nếu thực quản không bị bỏng, tiên lượng rất tốt; xung huyết, không loét: kháng sinh liều cao, có thể ăn đường tự nhiên; có loét, có giả mạc vòng quanh: đặt ống lưu mũi-dạ dày 40 ngày, kháng sinh liều cao; corticoid (vấn đề đang bàn cãi); thực quản bị loét nhiều, sâu và chảy máu, phải tiêm truyền hoặc cho ăn đường dạ dày nếu có thể được. Có trường hợp bỏng nặng phải cắt bỏ thực quản dạ dày trong 6 giờ đầu.

Bệnh nhân đến vào giai đoạn thực quản đã bị hẹp thì có thể nong thực quản hoặc phải mổ tái tạo thực quản tuỳ bệnh tích.

s://myhanoi.com.vn/

Phần
RĂNG HÀM MẶT

Biên soạn: BS. LÊ VĂN NGHỊ

s://myhanoi.com.vn/

MỌC RĂNG VÀ THAY RĂNG SỮA

Trẻ em thông thường mọc răng sữa từ lúc 6 tháng đến năm 3 tuổi, mỗi hàm có 10 răng sữa, gồm:

4 răng cửa

2 răng nanh

4 răng hàm

Thông thường, trẻ em thay răng từ lúc 6 tuổi đến năm 13 tuổi, theo thứ tự:

Năm 6 đến 7 tuổi thay nhóm răng cửa

Năm 9 đến 10 tuổi thay nhóm răng hàm

Năm 11 đến 13 tuổi thay nhóm răng nanh.

Trẻ em mọc răng sữa muộn hoặc thay răng sữa muộn vì cơ thể yếu như còi xương, suy dinh dưỡng. Cần điều trị và nâng cao thể trạng cho trẻ bằng chất lượng khẩu phần ăn hàng ngày, đồng thời cho uống thêm vitamin D hoặc uống dầu cá, ăn cốm calci.

Để bảo vệ răng sữa, không cho trẻ em ngậm cơm khi ngủ, không cho ăn kẹo và bánh ngọt buổi tối, tạo cho trẻ em từ 4 tuổi trở lên có thói quen chải răng sau mỗi bữa ăn, nhất là trước khi đi ngủ và bàn chải phải thích hợp, nên tổ chức cho các cháu khám chữa răng theo định kỳ 6 tháng một lần.

Nếu răng sữa phải nhổ quá sớm hoặc để quá muộn đều làm cho răng vĩnh viễn mọc lệch lạc, khớp cắn sẽ sai, làm giảm sức nhai và chịu nhiều tai hại khác suốt đời.

Nếu nhóm răng cửa vĩnh viễn mọc lệch lạc ở trẻ em dưới 15 tuổi, tại cơ sở có chuyên khoa sâu, có thể nắn chỉnh, di chuyển về đúng khớp song cũng gây nhiều phiền phức và tốn kém.

s://myhanoi.com.vn/

SÂU RĂNG

Sâu răng do nhiều nguyên nhân: toàn thân, tại chỗ, lứa tuổi, nguồn nước, v. v.. Song phổ biến với trẻ em hay ăn kẹo, bánh ngọt vào buổi tối, với phụ nữ khi có thai, với những nguồn nước ăn thiếu fluor.

1. Sâu răng chia ra: sâu men, sâu ngà, sâu tuỷ.

- *Sâu men:* thấy có điểm đen ở răng, không đau, tiến triển chậm.
- *Sâu ngà:*
  + Sâu ngà nông: không đau mặc dù ăn uống chua, nóng, lạnh, bệnh tiến triển nhanh.
  + Sâu ngà sâu: đau, buốt khi ăn uống chua, nóng, lạnh. Khi ngừng ăn, uống hết đau ngay.
- *Sâu tuỷ*
  + Tiền tuỷ viêm: đau, buốt khi ăn uống chua, nóng, lạnh, đau buốt kéo dài khi đã ngừng ăn.
  + Tuỷ viêm cấp: đau, buốt tự nhiên mặc dù không ăn uống gì, đau dữ dội, đau liên tục, đau lan 1/2 mặt, 1/2 đầu, đau đứng ngồi không yên.
  + Tuỷ viêm mạn tính: cơn đau không rõ, liên tục, kéo dài.
  + Tuỷ viêm hoại thư: tuỷ đã chết, không đau, màu răng xám, mùi hôi thối, nếu không được điều trị tích cực và đúng phương pháp sẽ dẫn đến viêm cuống răng, viêm khớp răng và phải nhổ răng.

2. Điều trị

Toàn thân: điều trị tuỳ theo nguyên nhân
Tại chỗ:

- Với sâu men, sâu ngà: làm sạch lỗ sâu, khoan tạo lỗ hàn, sát khuẩn, hàn bằng xi măng, nhựa hoá học, bột bạc. Nếu phương pháp điều trị đúng, bệnh sẽ dừng lại, sức nhai được phục hồi.

s://myhanoi.com.vn/

- Với viêm tuỷ cấp giai đoạn đầu: điều trị bảo tồn thử, nếu bệnh nhân vẫn đau, phải đặt thuốc diệt tuỷ, lấy tuỷ, làm sạch và hàn.
- Nếu đã đặt thuốc diệt tuỷ, bệnh nhân phải đến đúng hẹn mặc dù hết đau, nếu không sẽ nguy hiểm.
- Với tuỷ hoại thư, mặc dù răng không đau nữa nhưng bệnh nhân phải chủ động đi điều trị để lấy hết tuỷ buồng tuỷ chân đã thối mủn, làm sạch ống tuỷ, buồng tuỷ nhiều lần rồi hàn thử, hàn vĩnh viễn mới mong bảo tồn răng và giữ được sức nhai.

3. Phòng bệnh

Nguồn nước ăn phải đủ nồng độ fluor cần thiết. Trẻ em phải có thói quen chải răng sau bữa ăn, trước khi đi ngủ, không nên ăn kẹo và bánh ngọt buổi tối.

Phụ nữ có thai và cho con bú cần có thêm calci

Khi đã phát hiện sâu răng cần đi chữa ngay không chờ đến khi đau.

VIÊM LỢI - CAO RĂNG

1. Nguyên nhân đưa đến viêm lợi

Bệnh về máu, bệnh đường tiêu hoá, bệnh nhiễm độc, bệnh thiếu vitamin... phải tìm nguyên nhân để điều trị.

Nhưng bệnh thường gặp nhất đưa đến viêm lợi là cao răng. Cao răng đầu tiên là cặn lắng của nước bọt bám vào cổ răng dần dần tách lợi ra khỏi cổ răng gây viêm lợi thể nhẹ, nhìn thấy lợi cổ răng có màu đỏ sẫm, chạm vào dễ chảy máu, máy chảy ra đọng lại ở cổ răng để lại xác hồng cầu có chất sắt tạo thành cao răng có màu xám bám rất chắc vào cổ răng, tách lợi ra càng nhanh, cắt đứt các dây chằng quanh chân răng, tạo thành túi mủ, khi túi mủ nông, mủ còn có thể thoát ra qua cổ răng, khi cao răng đã bám xuống sâu quanh chân răng tạo thành túi mủ sâu, mủ không thể thoát qua cổ răng được nữa nên đã tạo thành ổ mủ cạnh chân răng hoặc cuống răng làm cho bệnh nhân đau nhức, răng lung lay, đôi khi có cảm giác chồi lên, nếu không được điều trị tích cực và kịp thời, răng sẽ phải nhổ dần.

s://myhanoi.com.vn/

2. Điều trị

Phải điều trị nguyên nhân: lấy cao răng là chính, chỉ dùng kháng sinh khi lợi đang viêm cấp hoặc có ổ áp xe cạnh chân răng.

Phải lấy cao răng triệt để, lấy cao răng bằng máy siêu âm và dụng cụ chuyên khoa, cao răng dưới lợi là chính, có khi phải lấy cao răng 3,4 lần, mỗi lần cách nhau 3 đến 5 ngày, sau khi lấy cao phải làm nhẵn xương răng để lợi bám trở lại cổ răng và màu lợi cổ răng hết đỏ sẫm, mới là ổn định.

Sau mỗi lần lấy cao phải chà xát lợi nhiều lần bằng bông tẩm oxy già 12 thể tích và chấm túi lợi bằng chlorophenolcamphre.

Phải là thầy thuốc chuyên khoa có trình độ, tận tình, tỉ mỉ, thao tác chính xác, không sợ bẩn, công việc điều trị mới đem lại kết quả.

3. Phòng bệnh

- Phải chải răng đúng phương pháp với bàn chải đúng tiểu chuẩn sau ăn
- Phải khám răng theo định kỳ 6 tháng 1 lần để phát hiện bệnh và điều trị sớm sẽ rút ngắn được thời gian điều trị và đỡ tốn kém.

TAI BIẾN DO RĂNG KHÔN

Răng khôn còn gọi là răng số 8, thường mọc vào tuổi đã trưởng thành (sau 18 tuổi) song không có quy luật về thời gian mọc, hình thể răng và chân răng.

Là răng mọc sau cùng trong khi xương hàm dưới phát triển kéo dài nên răng số 8 thường bị lệch và chật chỗ, một trong hai nguyên nhân này đều đưa đến tai biến.

1. Triệu chứng

- Đau nhức vùng góc hàm dưới, có sốt, miệng há khó
- Tại chỗ vùng góc hàm dưới sưng, nóng, đỏ

s://myhanoi.com.vn/

- Khám trong miệng: thấy răng số 8 lệch, lợi quanh răng sưng nề, có khi sưng lan vào thành trụ trước, ấn có thể có mủ chảy ra.

  Có khi không nhìn thấy răng số 8 vì mọc ngầm.

2. Điều trị

- Nếu răng số 8 lệch, phải nhổ bỏ
- Nếu bệnh nhân đang sưng, đau, sốt, miệng há khó phải dùng kháng sinh và ngậm nước muối 1 giờ/1lần; sau khi dùng kháng sinh bệnh khỏi tạm thời, phải nhổ bỏ răng số 8 lệch, nếu không bệnh tái phát lại.
- Chỉ giữ được răng số 8 khi răng mọc thẳng và không bị chật chỗ phía sau.

VIÊM TẤY SÀN MIỆNG

Viêm tấy sàn miệng còn gọi là bệnh Ludwig: là viêm tổ chức liên kết vùng trên cơ hàm móng lan rộng; hoại thư và có độc tố.

1. Triệu chứng

- Toàn thân: sốt cao, cũng có khi sốt vừa, vì nhiễm độc: mạch nhanh, toàn trạng bơ phờ, suy sụp, mặt tái.
- Tại chỗ: sưng rất nhanh vùng sàn miệng, đẩy lưỡi lên cao, khó nuốt, miệng há, nước bọt chảy ra, đôi khi có khó thở. Vùng dưới cằm thành một khối cứng, da bình thường ấn không thấy dấu hiệu dịch.

2. Điều trị

- Dùng ngay thuốc kháng sinh liều cao và phối hợp với penicillin rất có tác dụng, đồng thời cho thuốc nâng cao thể trạng, chống nhiễm độc, v.v..
- Gửi ngay không chậm chễ đến cơ sở chuyên khoa: tại cơ sở chuyên koa phải rạch hai đường dưới cằm (mặc dù chưa có mủ) chọc xuyên qua cơ hàm móng, đặt 2 ống dẫn lưu có cắt lỗ để dẫn lưu dịch nâu, mủ, chất hoại tử và chất độc thoát ra cùng với việc dùng kháng sinh liều cao truyền nhỏ giọt tĩnh mạch, đồng thời cho thuốc hồi sức và nâng cao thể trạng.

s://myhanoi.com.vn/

CAM TẨU MÃ

Là bệnh viêm miệng hoại thư, thường gặp ở trẻ em cơ thể bị suy nhược hoặc sau một bệnh nặng như sởi, ho gà, kiết lỵ v.v..

1. Triệu chứng

Bệnh phát triển rất nhanh từng giờ, thường bắt đầu loét từ phần mềm ngách môi, má, lan dần đến lợi và xương hàm làm rụng răng, hoại tử xương, mùi hôi thối, có thể lan nhanh hết môi, má, mũi v.v..

Trước kia tỷ lệ tử vong cao, ngày nay nhờ có kháng sinh liều cao, phát hiện kịp thời, điều trị tích cực nên đã hạ thấp được tỷ lệ tử vong.

2. Điều trị

- Kháng sinh liều cao vừa truyền tĩnh mạch nhỏ giọt vừa tiêm bắp, đến nay penicillin vẫn có tác dụng tốt, có thể dùng phối hợp hai loại kháng sinh.
- Phối hợp điều trị tại chỗ là quan trọng
- Rửa miệng nhẹ nhàng, 1 giờ một lần bằng acid boric 2% hoặc nước oxy già 10 thể tích.
- Bôi xanh méthylen mỗi ngày 2 lần vào chỗ loét
- Nâng cao thể trạng bằng ăn, uống chất lượng cao.
- Uống vitamin C, B1, B2, PP
- Phòng bệnh: với trẻ em, trong giai đoạn cuối của các bệnh nặng như sởi, ho gà, kiết lỵ... cần nâng cao thể trạng bằng ăn uống có chất lượng. Thường xuyên rửa miệng bằng nước muối.

s://myhanoi.com.vn/

VIÊM TUYẾN MANG TAI

Nguyên nhân: vệ sinh răng miệng kém, cao răng, răng sâu không chữa, gây, gây nên viêm tắc đầu ống Sténon làm cho nước bọt ứ đọng và làm mủ.

1. Triệu chứng

Toàn thân: có thể sốt, miệng khô, có mùi tanh.

Tại chỗ: sưng vùng trước nắp tai xuống dưới ra sau dái tai, da vùng sưng màu đỏ, ấn đau, rắn, không di chuyển, khám trong miệng thấy đầu ống Sténon sưng, ấn vuốt vùng tuyến có thể thấy mủ chảy ra ở đầu ống Sténon.

2. Điều trị

Nếu có sốt cao, cho uống kháng sinh

Súc miệng nước muối 1 giờ/1lần hoặc nước Dakin 5%, nước acid boric 2%

Tại chỗ: trước đây hay dùng phương pháp bơm thuốc đỏ 1% vào ống Sténon, nhưng ít kết quả.

Dựa trên nguyên tắc chống ứ đọng nước bọt trong tuyến và tự làm sạch tuyến bằng chính nước bọt của bản thân bệnh nhân nên tôi đã đề xướng và áp dụng phương pháp cứ 1 giờ 1 lần cho bệnh nhân ngậm chất chua: 1 múi chanh hoặc 1 viên vitamin C, sau 5 phút hướng dẫn bệnh nhân vuốt liên tục theo chiều từ trước nắp tai xuống vùng răng số 6 hàm trên, vuốt khoảng 15 phút. Mỗi ngày làm như trên từ 6 đến 8 lần, chỉ sau 1 ngày bệnh đã giảm, sau 3 ngày bệnh khỏi, không cần dùng kháng sinh. Phương pháp này đơn giản, rẻ tiền, bệnh nhân tự điều trị lấy không dùng kháng sinh (Bác sĩ Lê Văn Nghị)

Trong 15 năm qua, với phương pháp này tất cả bệnh nhân tôi đã gặp đều khỏi bệnh và chưa gặp bệnh nhân nào tái phát.

Phòng bệnh: lấy cao răng, giữ vệ sinh răng miệng, điều trị răng sâu.

s://myhanoi.com.vn/

GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI

Nguyên nhân do chấn thương, do tai nạn lao động, tai nạn giao thông hoặc tai nạn trong sinh hoạt xã hội.

1. Nguyên tắc xử trí

Nếu gãy xương hàm dưới kèm theo chấn thương sọ não có đe doạ tính mạng bệnh nhân, về phần xương hàm chỉ giải quyết thông đường hô hấp, cầm máu, lấy bỏ răng và xương đã gẫy rời trong miệng.

2. Triệu chứng

Gẫy hở: dễ thấy và dễ chẩn đoán

Gẫy kín: có đầy đủ triệu chứng gẫy xương chung: bầm tím, điểm đau nhói, di động, song có thêm triệu chứng chuyên khoa chắc chắn có gẫy:

- Căn hàm thấy khớp cắn sai
- Cầm hai bên xương hàm di động ngược chiều được.
- Đặt hai ngón tay trước hai nắp tai bảo bệnh nhân há miệng thấy một bên ngón tay không có cảm giác di động hoặc kém di động: gẫy cổ lồi cầu hoặc ngành lên.

Không có các triệu chứng trên vẫn có thể có gẫy xương hàm dưới song gẫy không di lệch, cần chụp X quang để chẩn đoán.

Gẫy xương hàm dưới vùng răng nanh thường có thể kèm theo gẫy cổ lồi cầu bên đối diện (cần khám bằng ngón tay để trước nắp tai, cho bệnh nhân há miệng).

3. Điều trị

Phải gửi đến tuyến có chuyên khoa

Gẫy hở: vết thương đến sớm: cắt lọc tiết kiệm, đóng kín phần mềm sau khi làm sạch, nhổ bỏ răng gẫy. Kết hợp xương bằng dây kim loại trong tư thế khớp cắn đúng; cố định răng hai hàm 45 ngày.

Gẫy kín:

Di lệch ít: gây tê, nắn chỉnh đúng khớp cắn, cố định cung thép buộc vào răng.

s://myhanoi.com.vn/

Di lệch nhiều: mổ kết hợp xương bằng dây kim loại trong tư thế khớp cắn đúng

Cố định răng hai hàm 45 ngày

Sau mổ dùng thuốc kháng sinh 7 ngày

Đặc biệt chú ý ăn lỏng có chất lượng, ăn nhiều bữa. Đảm bảo vệ sinh răng miệng.

GÃY XƯƠNG HÀM TRÊN

1. Nguyên nhân

Chấn thương do ngã hoặc va đập mạnh vào tầng giữa mặt

2. Triệu chứng

Thường kèm theo chấn thương sọ não hoặc có liên quan đến tai mũi họng và mắt.

Người ta chia làm 3 loại gãy xương hàm trên

– *Gẫy thấp:* còn gọi là Lefort I.

Khi bệnh nhân há miệng thấy răng hàm trên rơi xuống (dấu hiệu như rơi hàm giả), tay cầm răng có thể di động lên xuống cả khối răng hàm trên.

Khi bệnh nhân ngậm miệng thấy răng cửa chạm vào khớp trước.

– *Gẫy tầng giữa:* Lefort II

Thường liên quan đến xoang hàm và hốc mũi, có thể chảy máu qua đường mũi. Tay cầm răng có thể di động khối răng hàm trên.

Cần kiểm tra xem bệnh nhân có bị song thị không. Nếu bị song thị là gẫy nền ổ mắt.

– *Gẫy cao:* Lefort III

Thường liên quan đến xương sàng, bầm tím quanh 2 ổ mắt gọi là dấu hiệu đeo kính râm, đến từ từ sau chấn thương. Nếu thấy máu chảy qua mũi không đông, nhỏ giọt là có rách màng não.

3. Điều trị

Nếu có kèm theo chấn thương sọ não nặng, chỉ xử trí xương hàm trên khi qua giai đoạn đe doạ tính mạng bệnh nhân.

s://myhanoi.com.vn/

Trước mắt chỉ giải quyết cầm máu, thông thở.

Có nhiều phương pháp điều trị

– *Phẫu thuật*

Kết xương gẫy bằng dây kim loại

Treo xương hàm trên vào mấu ngoài hốc mắt hoặc xương gò má

– *Đeo máng nhựa và cố định máng nhựa với mũ bột thạch cao 45 ngày.*

Cùng với các phương pháp trên cho kháng sinh

Vệ sinh răng miệng, nâng cao thể trạng

s://myhanoi.com.vn/

Phần
BỆNH DA LIỄU

Biên soạn: GS. NGUYỄN CẢNH CẦU
GS. LÊ KINH DUỆ
GS. NGUYỄN THỊ ĐÀO
GS. LÊ TỬ VÂN

s://myhanoi.com.vn/

BỆNH NẤM DA
(Dermatomycoses)

Là một nhóm gồm nhiều bệnh nấm gây thương tổn ở da và móng, do nhiều chủng nấm gây nên.

Hiện nay người ta chia các bệnh nấm ra làm 4 nhóm lớn:

1. Các bệnh nấm lớp sừng (Keratomycoses) gồm

- Lang ben
- Trứng tóc
- Vảy rồng

2. Các bệnh nấm da (Dermatomycoses) gồm

- Nấm bẹn (épidermophytie)
- Nấm do T.rubrum (rubromycoses)
- Nấm Trichophytie
- Nấm favus

3. Các bệnh nấm do candida ở da, niêm mạc và phủ tạng

4. Các bệnh nấm sâu(nấm phủ tạng)

s://myhanoi.com.vn/

BỆNH LANG BEN
(Pityriasis versicolor)

1. Căn nguyên và sinh bệnh học

Tác nhân gây bệnh là pityrosporum orbiculare (trước kia gọi là malassezia furfur) ăn vào lớp sừng của thượng bì và các lỗ chân lông.

Soi vẩy lấy ở tổn thương sẽ thấy những sợi rất ngắn, to và từng đám bào tử. Nuôi cấy khó khăn.

Bệnh hay xảy ra ở những người tăng tiết mồ hôi và có thay đổi trong thành phần hoá học của mồ hôi và có bong da thuận lợi cho sự phát triển của nấm.

Bệnh hay gặp ở người lớn, ít khi có ở trẻ em dưới 7 tuổi. Tuy nhiên có thể gặp ở trẻ em suy yếu, mắc bệnh lao, bị đái đường hoặc có rối loạn về thần kinh giao cảm làm tăng tiết mồ hôi trong thời kỳ dậy thì.

Bệnh lây ít.

2. Lâm sàng và tiến triển

Bệnh bắt đầu bằng những chấm hồng, nâu hoặc trắng ở lỗ chân lông. Các chấm lớn dần, lan rộng và liên kết với nhau thành mảng, bờ nham nhở vòng vèo. Bề mặt tổn thương có những vẩy nhỏ cạo bong ra dễ dàng gọi là dấu hiệu "vỏ bào". Thương tổn không đau, không ngứa hoặc có ngứa rất ít lúc ra mồ hôi.

Vị trí thường gặp là ngực, lưng, cổ, ít khi gặp hơn ở chi và mình. Có những trường hợp đặc biệt đã gặp ở bẹn và ở kẽ chân.

Nhờ ánh sáng đèn Wood người ta phát hiện được những thương tổn ở da đầu nhưng không ảnh hưởng đến tóc, và người ta cho đó là nguyên nhân tái phát bệnh do ở da đầu không được điều trị. Bệnh thường hay tái phát. Sau khi khỏi thường để lại những đám mất màu tồn tại khá lâu.

s://myhanoi.com.vn/

3. Chẩn đoán

Thường dễ dàng trong những trường hợp điển hình. Trường hợp không điển hình người ta dùng dung dịch cồn iod 5% hoặc dung dịch anilin 1 - 2% bôi vào vùng nghi có tổn thương, những mảnh có nấm thường bắt màu sẫm hơn vùng da lành hoặc dùng đèn Wood để soi thấy vùng thương tổn phát sáng xanh.

Chẩn đoán thường dựa vào xét nghiệm nấm.

Cần chẩn đoán phân biệt với đào ban giang mai, với bệnh vẩy phấn hồng Gibert.

4. Điều trị

Tại chỗ bôi các thuốc làm bong vẩy và các thuốc diệt nấm như: cồn iod salicylic 2%, mỡ lưu huỳnh 10%, cồn resorcin 3 - 5 %, mỡ salicylic 3 - 5%, mỡ gricin 3 - 5%.

Gần đây người ta dùng kem, mỡ ketoconazol (Nizoral) kết hợp với tắm xà phòng Sastid, ngày 1 lần trong vòng 3 tuần hoặc uống ketoconazol: 400mg liều độc nhất hoặc 200mg/ngày từ 2 - 4 tuần có kết quả tốt.

Có thể dùng itraconazol (Sporal) 100mg 2 lần/ngày trong vòng 5 - 7 ngày.

BỆNH VẨY RỒNG
(Tinea imbricata hay tokelau)

1. Đại cương

Là bệnh nấm da gặp chủ yếu ở các nước nhiệt đới. Hay gặp ở các đảo của bờ biển Thái Bình Dương.

2. Tác nhân gây bệnh

Do Trichophyton concentricum.

Khi soi tươi vẩy lấy ở tổn thương thấy rất nhiều sợi chia thành nhánh.

Nuôi cấy mọc chậm (3 - 4 tuần).

s://myhanoi.com.vn/

3. Lâm sàng

Trên da không đỏ, không viêm thấy xuất hiện những đám hình tròn hoặc bầu dục màu nâu. Bong vẩy bắt đầu giữa tổn thương nên bờ trong tự do, còn bờ ngoài dính vào da.

Lại xuất hiện đợt bong vẩy mới từ giữa cho nên nhìn tổn thương có nhiều vòng bong vẩy đồng tâm

Tổn thương lan nhanh ra toàn thân, lên cả da đầu và vào các móng làm cho móng dày lên và dễ gãy.

Ngứa dữ dội làm bệnh nhân gãi nhiều gây nên các nhiễm khuẩn thứ phát.

4. Điều trị

Tại chỗ: ngâm nước sạch, tắm cho sạch vẩy sau đó bôi các thuốc làm bong vẩy như mỡ salicylic, mỡ witfield, dung dịch ASA.

Uống griseofulvin viên 500mg 1 - 2 viên/ngày trong 4 - 6 tuần hoặc Sporal (itraconazol) 200mg uống 1 lần 2v/ngày trong 7ngày hoặc 100ml/ngày trong 4 - 6 tuần hoặc Nizoral, (ketoconazol) 100mg/ngày trong 4 - 6 tuần có tác dụng tốt.

NẤM EPIDERMOPHYTIE

Là một bệnh ở các lớp nông của da, kẽ da và móng, nhưng không có tổn thương ở lông và tóc.

Được chia làm hai thể lâm sàng

- Epidermophytie ở các kẽ lớp hay còn gọi là nấm bẹn.
- Epidermophytie ở chân.

I. NẤM BẸN

Tác nhân gây bệnh là Epidermophyton inguinale và floccosum.

Thường lây ở các nhà tăm công cộng do dùng chung bể tắm, hoặc do dùng chung quần áo, chăn chiếu với người bệnh.

s://myhanoi.com.vn/

Bệnh hay gặp ở người nhiều mồ hôi, người béo, bệnh nhân đái đường.

1. Lâm sàng

Tổn thương thường khu trú ở ben, mặt trong đùi, mu, nách, có khi ở xung quanh thắt lưng và kẽ dưới vú.

Bắt đầu là những chấm đỏ, viêm, có vẩy như bèo tấm, dần lan ra xung quanh thành một mảng hình tròng hoặc bầu dục, bề mặt đỏ, bờ hơi gồ cao, trên bờ có nhiều mụn nước và vẩy da. Dần dần các mảng liên kết với nhau thành một mảng lớn có nhiều vòng cung, giữa nhạt màu và hơi xẹp xuống.

Bắt đầu thường cấp tính, sau trở thành kinh diễn.

Có ngứa ít.

Chẩn đoán thường dựa vào hình ảnh lâm sàng điển hình và xét nghiệm tìm thấy nấm trong vẩy lấy ở tổn thương.

Cần chẩn đoán phân biệt với erythrasma và viêm kẽ do candida.

2. Điều trị

Tuyệt đối không được dùng dao hoặc một vật cứng để cạo vào tổn thương.

Ở giai đoạn cấp hoặc khi bị chàm hoá nên làm dịu da bằng các dung dịch Jarisch, dung dịch acid boric 5% hoặc nitrat Ag 0,25%.

Sau đấy dùng các thuốc bong vẩy và các thuốc chống nấm như nitrofungin, mycoseptin, mỡ gricin hoặc các thuốc chống nấm mới như kem Fazol, mỡ clotrimazol, kem Nizoral (ketoconazole), kem Trosyd, kem Pevaryl v.v.

Để tránh tái phát thường sau khi khỏi bệnh nên bôi tại vùng có tổn thương dung dịch cồn iod 2% ngày một lần hoặc 2 ngày một lần trong vòng 1 -2 tuần.

II. EPIDERMOPHYTIE Ở CHÂN

Bệnh rất phổ biến ở các vận động viên bơi lội, ở công nhân hầm lò.

Tác nhân gây bệnh là Epidermophyton mentagrophyte và interdigitale.

s://myhanoi.com.vn/

Bệnh rất lây nhất là ở nhà tắm công cộng, các bể bơi, hoặc do dùng chung giầy, tất, ủng...

Các sợi nấm và bào tử rất nhiều trong các vẩy lấy ở thương tổn.

Bệnh thường gặp ở những người hay ra mồ hôi chân và có các ngón chân khít vào nhau, dày dép chật gây sướt da và nhất là có thay đổi hoá học trong thành phần của mồ hôi làm cho pH da trở nên kiềm.

1. Lâm sàng và tiến triển

Có 4 hình thái lâm sàng

a. Hình thái bong vẩy ở lòng bàn chân

Vẩy bong từng đám nhỏ hoặc thành mảng lớn.

Ngứa nhẹ, liên tục, nhưng nhiều khi bệnh nhân không biết và đấy là những nguồn lây bệnh cho người khác. Càng ngày bệnh càng nặng hơn và có thể chuyển sang hình thái tổ đỉa.

b. Hình thái viêm kẽ

Có thể tiên phát hoặc thứ phát sau hình thái bong vẩy.

Thương tổn bắt đầu từ các kẽ ngón chân, hay gặp nhất là kẽ 3 - 4, rồi lan sang các kẽ khác, lan đến dưới các ngón chân và lên cả mu chân. Trong các kẽ có các vết nứt, da xung quanh vết nứt mủn trắng, chảy nước và ngứa nhiều.

Bệnh tiến triển dai dẳng, đỡ đi về mùa đông, nặng lên về mùa nóng. Thường kèm theo nhiễm khuẩn thứ phát gây nên viêm quầng, hoặc viêm bạch mạch kinh diễn và viêm tắc tĩnh mạch.

c. Hình thái tổ đỉa

Lòng bàn chân nổi những đám mụn nước sâu nhỏ bằng đầu đanh ghim. Các mụn nước liên kết với nhau thành các bọng nước lớn. Bệnh có thể lan lên rìa bàn chân.

Ngứa và đau, có bội nhiễm thứ phát các mụn nước trở thành đục, vỡ ra và có thể kèm theo viêm bạch mạch và viêm hạch.

d. Hình thái viêm móng

Bắt đầu từ bờ tự do hoặc bờ bên của móng xuất hiện những chấm trắng. Dần dần móng sẽ dày lên, vàng bẩn, dễ gãy. dưới móng có dày sừng. Có khi móng lại mỏng đi vì bóc tách khỏi nền móng.

s://myhanoi.com.vn/

Chẩn đoán xác định thường dựa vào hình thái lâm sàng và xét nghiệm soi tươi tìm thấy sợi nấm.

2. Điều trị

Thay đổi tuỳ theo hình thái lâm sàng và tiến triển của bệnh.

- Ở giai đoạn cấp tính điều trị như chàm cấp: đắp dung dịch Jarisch, dung dịch thuốc tím 1/10000, nước muối đẳng trương và các loại kem, thuốc hồ như kem kẽm, hồ Brocq.
- Qua đợt cấp mới dùng các thuốc chống nấm như mỡ Gricin, mỡ clotrimazol, kem Fazol, kem Nizoral, kem Pevaryl, kem Trosyd.

Toàn thân lúc đầu cũng dùng các thuốc kháng histamin tổng hợp, sinh tố C, calcium, uống, Gricin với liều 10mg/1kg cơ thể trong 3 - 4tuần hoặc Nizoral 200mg/ngày trong 3 - 4 tuần hay Sporal 100 - 200mg/ngày trong 3 - 4 tuần.

Nếu có viêm móng nên bóc móng và dùng Gricin 3 - 6 tháng hoặc Nizoral 100mg/ngày trong 3 -4 tháng, hoặc Sporal 100mg/ngày trong 3 - 6 tháng.

BỆNH NẤM TRICHOPHYTON RUBRUM (Rubromycoses)

Là bệnh nấm phổ biến nhất và rất lây. Trước đây gặp nhiều ở châu Á, Trung Đông, gần đây đã lan ra các nước châu Âu và châu Mỹ.

I. SINH BỆNH HỌC

Bệnh gặp nhiều ở người da khô, dày sừng vì kém sự đề kháng của lớp sừng và của những sợi lông. Người ta thường thấy có rối loạn về nội tiết và thần kinh giao cảm làm cho quá trình bệnh lan tràn ra toàn thân. Các thuốc kháng sinh, thuốc ức chế miễn dịch và ức chế phân chia tế bào đồng vai trò quan trọng trong sinh bệnh học của bệnh nấm Rubromycoses.

s://myhanoi.com.vn/

II. LÂM SÀNG VÀ TIẾN TRIỂN

Bệnh có nhiều thể lâm sàng

1. Rubromycoses ở chân

Bắt đầu ở các kẽ chân, khác với epidermophytie là hầu như các kẽ chân bắt đầu cùng một lúc. Sau đấy lan đến da lòng bàn chân làm cho da chân dày lên, khô. Các nếp da nổi rõ, hơi bong vẩy. Bệnh lan đến rìa bàn chân, các ngón và móng chân.

2. Rubromycoses ở móng (hay gặp nhất)

Bắt đầu từ bờ tự do hoặc bờ bên. Các móng bị tổn thương cùng một lúc hoặc bắt đầu chỉ 1 - 2 móng rồi nhanh chóng lan ra các móng khác.

Móng bị tổn thương thường theo ba thể:

- Thể dày sừng: móng dày cộm lên, có một khối sừng mủn ở dưới móng.
- Thể teo: móng mỏng đi và dễ gãy.
- Thể bình thường: móng không thay đổi hình dạng nhưng trở nên trắng đục và dễ gãy.

3. Rubromycoses lan tràn toàn thân

Thông thường là tiếp sau một tổn thương khu trú ở da hoặc tổn thương móng trên một bệnh nhân có rối loạn thần kinh, nội tiết hoặc sử dụng nhiều kháng sinh, corticoid hoặc thuốc ức chế phát triển tế bào.

Có nhiều hình thái lâm sàng

- Hình thái đỏ da bong vẩy khu trú lan ra toàn thân kèm theo ngứa dữ dội.
- Hình thái thành sẩn sâu giống hồng ban nút, hồng ban rắn Bazin hoặc giống á lao sẩn hoại tử.
- Hình thái các nếp bẹn, kẽ mông, kẽ dưới vú có màu vàng hoặc nâu, bờ nổi gờ cao, ngoài các mụn nước còn thấy các sẩn ở bờ.

s://myhanoi.com.vn/

III. ĐIỀU TRỊ

Các tổn thương ở da, ở lòng bàn tay, chân chỉ dùng:

- Các thuốc làm bong vẩy.
- Tổn thương ở các kẽ thường cho các dung dịch như castellani, nitrofungin, cồn iod 2%, các mỡ chống nấm như mỡ Gricin, kem Fazol, mỡ clotrimazol v.v..
- Trong thể lan tràn toàn thân cần kết hợp với thuốc chống nấm như Gricin 0,125% dùng 4 - 6 viên/ngày trong vòng 3 - 4 tuần hoặc Nironal 200mg/ngày x 10 - 20 ngày.
- Tổn thương móng thì bóc móng bằng phương pháp đắp thuốc làm mềm móng rồi bóc nhẹ nhàng không gây tổn thương đến mầm móng, đồng thời cho uống Gricin hoặc Sporal hay Nizoral theo phác đồ sau
- Phác đồ đối với Gricin
  + Tháng thứ 1: 4 viên/ngày.
  + Tháng thứ 2: 4 viên/ngày uống cách ngày.
  + Tháng thứ 3: 4 viên /ngày (uống tuần 2 lần).
- Phác đồ đối với Nizoral 200mg/ngày x 3 - 4 tuần.
- Phác đồ đối với Sporal: 100 - 200mg/ngày uống 1 lần trong vòng 3 - 6 thang, có khi lâu hơn đối với móng chân.

BỆNH MICROSPORIE

Cũng giống như Trichophytie tác nhân gây bệnh gồm hai nhóm:

- Nhóm có nguồn gốc từ người lây sang
- Nhóm có nguồn gốc từ súc vật lây sang người.

Lây truyền có thể trực tiếp, có thể gián tiếp qua các đồ vật bị nhiễm nấm.

Nấm Microsporie có thể gây thương tổn ở da, ở móng, ở tóc (sẽ nói trong nấm tóc).

s://myhanoi.com.vn/

Thương tổn trên da là những dát đỏ hình tròn, bầu dục hay nhiều vòng cung, ranh giới rõ ràng, đặc biệt là có nhiều vòng mụn nước đồng tâm, có vẩy da màu xám, bờ gờ hơi cao. Các sợi lông trong vùng thương tổn đều bị nấm xâm nhập cho nên khi soi dưới ánh sáng đèn Wood sẽ phát quang màu sáng xanh.

Vị trí khu trú là các vùng hở như cổ, mặt, phần trên ngực, chi trên. Có khi một vài đám tổn thương nhưng có khi rất nhiều hàng chục.

Chẩn đoán dựa vào hình ảnh lâm sàng, vào xét nghiệm tìm thấy nấm và soi ánh sáng đèn Wood.

Điều trị

Dùng các thuốc bong vẩy và nếu có thương tổn của các sợi lông nên dùng Gricin. Liều lượng giống như đối với Trichophytie trong 3 - 4 tuần. Hoặc Nizoral 100mg/ngày trong 3 - 4 tuần, hay Sporal 100mg/ngày trong 3 - 4 tuần.

BỆNH TRICHOPHYTIE

Về lâm sàng người ta chia ra làm ba hình thái:

- Trichophytie nông
- Trichophytie kinh diễn
- Trichophytie thâm nhiễm và mưng mủ.

1. Căn nguyên

Tác nhân gây bệnh là Trichophyton có nguồn gốc từ người bệnh truyền sang người lành như các chủng T.violaceum, T.tonsurans và crateriforme, hoặc các chủng có nguồn gốc từ súc vật truyền sang người như các chủng T. mentagrophytes và gypseum, T. verrucosum và faviforme.

Sự lây truyền trực tiếp hoặc gián tiếp qua các đồ vật như lược, mũ nón, kéo cắt tóc, đồ chơi v.v.

s://myhanoi.com.vn/

2. Lâm sàng

Nấm có thể gây tổn thương ở da, tóc và móng.

Ở đây chỉ nói đến thương tổn da và móng còn ở tóc sẽ nói đến ở phần nấm tóc.

Trong Trichophytie nông, thương tổn da hay gặp ở mặt, cổ, cẳng tay, mình và ít gặp hơn ở các vùng khác của da.

Khác với Trichophytie kinh diễn hay gặp ở chân, mông, đầu gối.

Đây là những dát đỏ hình tròn hay bầu dục, ranh giới rõ ràng, hơi gồ cao hơn mặt da, trên bờ có các mụn nước và vẩy da. Ở giữa tổn thương thường nhạt màu và bong vẩy. Trong Trichophytie kinh diễn chỉ có dát đỏ và vẩy.

Ngứa ít

- Thương tổn móng hay gặp ở móng tay, bắt đầu từ bờ tự do, ít khi ở chân móng, tiến triển chậm, dần dần móng trở nên dày sừng dễ mủn, màu nâu bẩn, không điều trị bệnh kéo dài hàng năm và lan sang các móng khác.

3. Điều trị

Giống như đối với Rubromycoses.

NẤM TÓC

Nhiều chủng nấm có thể gây thương tổn ở da đầu và tóc.

Các tác nhân gây bệnh khác nhau gây nên những hình thái lâm sàng khác nhau. Người ta chia ra các hình thái lâm sàng của nấm tóc như sau:

1. Nấm tóc do Trichophyton

Là những đám bong vẩy nhỏ ở da đầu, không có hiện tượng viêm, ranh giới không rõ. Trong đám bong vẩy tóc bị gãy cách mặt da 1 - 2 mm. Tóc gãy không đồng đều, chỉ thấy tóc thưa.

Có khi các thương tổn liên kết lại thành một mảng lớn.

s://myhanoi.com.vn/

Không có triệu chứng cơ năng gì.

Nếu không được điều trị sẽ tiến triển hàng năm và biến thành kinh diễn. Trong Trichophytie kinh diễn thương tổn thường khu trú vùng mang tai và vùng chẩm; là những đám bong vẩy và những sẹo teo da. Tóc thưa thớt, nếu nhìn kỹ sẽ thấy những chấm đen, đấy là những tóc bị gãy sát mặt da còn lại chân tóc.

Muốn xác định chẩn đoán thường nhổ chân tóc còn lại hoặc lấy kim gợi những chấm đen lên để soi tìm nấm.

2. Nấm tóc do Microsporon

Tổn thương là những đám bong vẩy kích thước lớn, tròn hoặc bầu dục, ranh giới rõ ràng. Trong đám thương tổn tóc bị xén đều cách mắt da 2 - 3 ly vì vậy người ta còn gọi nấm này là nấm xén tóc.

Các chân tóc còn lại được bọc trong lớp vẩy trắng như nhúng vào bột mà người ta thường gọi là chân tóc mang "bít tất trắng". Đấy là những bào tử nấm bao xung quanh tóc bị tổn thương.

3. Nấm tóc thể thâm nhiễm và mưng mủ

Thể này thường do những chủng nấm có nguồn gốc từ súc vật truyền sang người.

Bắt đầu xuất hiện ở chân tóc những mụn mủ nhỏ, các mụn mủ này lan rộng dần ra tạo thành một mảng lớn, hình tròn hay hình bầu dục, ranh giới rõ ràng, bờ nổi cao trên mặt da. Các mụn mủ dần ăn sâu xuống và tạo thành các áp xe. Bề mặt tổn thương có vẩy tiết. Tóc trong đám tổn thương rụng hết. Nếu cậy vẩy ra bề mặt tổn thương sẽ lỗ chỗ như tổ ong nên mới có tên là kerion de celse.

4. Nấm tóc do Favus

Bệnh có từ lâu đời ở các nước có trình độ vệ sinh còn thấp kém. Hiện nay bệnh ít gặp, hoặc có gặp những hình thể không điển hình.

Trong thể điển hình thấy xuất hiện trên da đầu những chấm đỏ phủ vẩy tiết vàng, ở giữa lõm xuống, nếu cậy vẩy đi sẽ để lại một hình gô đê bao quanh một sợi tóc.

Tóc không rụng, vẫn mọc dài nhưng khô và mất vẻ bóng bẩy.

s://myhanoi.com.vn/

Các chấm này liên kết với nhau thành màng lớn phủ vẩy tiết và có một mùi hôi đặc biệt có thể nhận biết là nấm Favus.

Các thể không điển hình là thể giống bệnh chốc, và thể bong vẩy khô.

Để xác định chẩn đoán thường làm các xét nghiệm sau đây:

- Soi tươi lấy vẩy da chân tóc còn lại, ngâm trong KOH 20 - 30% trong vòng 1 -2 giờ, đem soi dưới kính hiển vi sẽ phân biệt được nấm Trichophyton, Microsporpon hay Favus (do (trichophyton schonleini).
- Nuôi cấy để phân loại chủng nấm gây bệnh.

Điều trị

Trước đây sử dụng những biện pháp như quang tuyến, hoá chất để làm rụng tất cả tóc, rồi bôi các thuốc chống nấm để tóc mọc lên không bị nhiễm nấm. Tuy vậy các phương pháp này không được hoàn hảo và có những biến chứng.

Hiện nay griseofulvine và một số thuốc chống nấm khác cho kết quả tốt hơn và ít gặp các biến chứng hơn.

- Tại chỗ: cho bôi các thuốc bong vẩy và các thuốc chống nấm như: ASA, cồn iod salicilic 3%, kem Fazol, clotrimazol.
- Đối với thể thâm nhiễm và mưng mủ cần rạch tháo mủ, và cho các dung dịch màu như dd. castellani.
- Toàn thân: cho uống Gricin với liều lượng 10mg - 20mg/1kg cơ thể trong vòng 3 - 4 tuần.

Hoặc Nizoral 200mg/ngày, trong vòng 3 - 4 tuần. Hay Sporal 100 - 200mg/ngày trong vòng 3 - 4 tuần.

s://myhanoi.com.vn/

LAO DA

I. ĐẠI CƯƠNG

Lao da là một nhóm bệnh, khác nhau về lâm sàng, gây nên do sự đột nhập của vi khuẩn lao vào da.

Thông thường bệnh thứ phát ở những người đang mắc hoặc đã mắc bệnh lao, nhưng cũng có khi (hiếm hơn) tiên phát do vi khuẩn đột nhập thẳng vào da.

II. CĂN SINH BỆNH HỌC

1. Tác nhân gây bệnh là vi khuẩn lao. Người ta tìm thấy tại thương tổn lao da khoảng:

- 70 - 80% vi khuẩn lao của người (typus humanus)
- 20 - 25% vi khuẩn lao của bò (typus bovinus)
- Trong một vài trường hợp cá biệt, vi khuẩn lao của chim (typus gallinaceus).

Hình ảnh lâm sàng của những tổn thương không phụ thuộc vào loại vi khuẩn của người hay của vật. Đa số tác giả đều nhận thấy vi khuẩn lao phân lập từ các thương tổn da có độc tính thấp. Các tác giả Liên Xô (cũ) như H.L. Rocianxki và N.X. Cmelov cho rằng các vi khuẩn này có độc tính thấp vì nó ở lâu trên da, là môi trường không thuận lợi cho sự phát triển của vi khuẩn lao.

2. Các thương tổn lao da thường kèm theo các rối loạn chức năng bình thường của da như rối loạn chuyển hoá, đặc biệt là rối loạn chuyển hoá nước và chất khoáng, có sự mất thăng bằng về sinh tố, có sự rối loạn vận mạch, thành mạch giảm độ bền và độ thẩm thấu.

3. Các điều kiện về sinh hoạt và làm việc thấp, vệ sinh cá nhân kém, khí hậu không thuận lợi, thiếu ánh sáng nhất là tia cực tím, hoặc bị các bệnh nhiễm khuẩn như sởi, ho gà, tinh hồng nhiệt (Scarlatine) cũng dễ phát sinh ra bệnh lao da.

s://myhanoi.com.vn/

4. Sự mẫn cảm của cơ thể đối với vi khuẩn lao.

Đa số bệnh nhân lao da đều có phản ứng dương tính mạnh đối với BCG.

5. Tuổi của bệnh nhân có liên quan tới các thể lâm sàng của bệnh luput lao, gồm lao thường gặp ở bệnh nhân trẻ (trẻ em và thanh niên) trái lại hồng ban rắn Bazin, lao cóc thường hay gặp ở người lớn.

Người ta chia ra làm hai hình thái lao da:

a. Hình thái khu trú tiến triển chậm bao gồm các bệnh sau

- Lupus lao (lupus vulgaris)
- Lao cóc (tuberculosis verrucosa cutis)
- Lao tầng (tuberculosis colliquativa, scrofulodermia).
- Loét lao (tuberculosis ulcerosa)
- Săng lao.

b. Hình thái lan tràn toàn thân, hay đối xứng, có thể tự khỏi, hay tái phát

- Lao sẩn dạng lichen (lichen scrofulosorum)
- Lao sẩn hoại tử (tuberculosis cutis papulonecrotica)
- Hồng ban rắn Bazin (erythema induratum Bazin)
- Lao kê lan toả (lupus miliaris disseminatus)

III. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

A. NHỮNG HÌNH THÁI LAO DA KHU TRÚ

1. Lupus lao (lupus vulgaris)

Hình thái lao da thường gặp nhất và đa dạng nhất. Bắt đầu từ lúc còn nhỏ hoặc vào tuổi thanh niên, tiến triển chậm; thương tổn lan từ giữa ra xung quanh. Bệnh dai dẳng khó chữa nhưng có khi tự khỏi.

Có nhiều thể bệnh:

- Lupus lao phẳng (lupus vulgaris planus)

s://myhanoi.com.vn/

Thương tổn cơ bản là củ lao, to bằng đầu đanh ghim, hoặc hạt đỗ xanh, nổi cao hoặc thể hiện thành những vệt nhỏ màu hồng nâu, mềm, ấn kính thấy vệt màu vàng sẫm hoặc nâu, trong suốt, châm kim sụt.

– Lupus lao dạng vẩy nến (lupus vulgaris proriasiformis).

Bề mặt thương tổn phủ vẩy dày như vẩy nến.

– Lupus lao nổi thành u (lupus vulgaris tumidus).

Củ lao cao trên mặt da, màu vàng nâu, hoặc tím, mềm, ấn kính trong suốt, châm kim sụt.

– Lupus lao loét (lupus vulgaris ulcerosis).

Xuất hiện do sang chấn vào thương tổn lupus lao hoặc do nhiễm khuẩn phụ.

Loét nông, bờ nham nhở, đáy có những hạt lổn nhổn, có mủ đặc, dễ chảy máu, hay khu trú vào vùng hở của cơ thể, loét có vẩy mủ.

– Lupus lao sùi (lupus vulgaris verrucosus)

Hay gặp khi lupus lao khu trú vào lòng bàn tay, bàn chân.

Thương tổn sùi lên và có vẩy da dày.

Lupus tiến triển kinh diễn, lan từ giữa ra xung quanh. Ở giữa thành sẹo hơi lõm, màu trắng, mỏng. Trên sẹo có thể lại xuất hiện những củ lao mới. Ví trí hay gặp là mặt, mũi, má, vành tai và gáy, thỉnh thoảng gặp ở mông và các chi.

– Giải phẫu bệnh

Trong những trường hợp điển hình thấy ở trung bì một nang gọi là nang Koster (follicule de Koster) bao gồm: ở giữa là tế bào khổng lồ (langhans) vài trực khuẩn Koch rồi đến một vòng tế bào bán liên, ngoài cùng là tế bào lympho.

– Điều trị

Điều trị tại chỗ tuỳ theo thương tổn to hay nhỏ, vị trí khu trú, tuổi bệnh nhân. Có thể áp dụng một trong những phương pháp.

– Cắt bỏ kèm theo vá da hoặc không.

– Nạo thương tổn xong đốt điện hoặc đốt bằng hoá chất.

– Đốt điện, đốt bằng laser.

– Rạch thương tổn bằng khía ngang dọc.

s://myhanoi.com.vn/

Điều trị toàn thân

- Rimifon (INH) 0,05 x 5 - 6 viên/ngày trong hai ba tháng kết hợp hoặc không với streptomicin.
- D_2 cùng với Ca (Charpy Fanielle): gluconate Ca 1g/ngày trong ba tuần, D_2 (sterogyl 15mg, 30.000 - 50.000 UI/ngày).

Mỗi đợt 8.000.000 - 10.000.000 UI (40 - 50ml sterogyl).

2. Lao cóc (tuberculosis verrucosa cutis)

a. Đại cương

Hay gặp ở những người có tiếp xúc với súc vật hoặc tử thi những bệnh nhân bị lao. Thường do nhiễm khuẩn từ bên ngoài vào.

b. Triệu chứng lâm sàng

- Bắt đầu là những sẩn chắc màu đỏ tím bằng hạt đỗ. Sẩn to dần liên kết lại thành một mảng rắn chắc, và ở giữa bắt đầu sùi lên, có vẩy màu xám, dính như mụn cóc, xung quanh sẩn có quầng đỏ hoặc tím. Ấn vào sẩn hơi đau và có tý mủ. Hay khu trú ở mu bàn tay, các ngón tay. Các vị trí khác có thể gặp nhưng ít hơn.

c. Tiến triển

Bệnh tiến triển chậm, hàng năm. Dần dần phần giữa khỏi, các vẩy bong, hết thâm nhiễm, thành sẹo lõm.

Trong một số trường hợp có thể lan theo đường bạch mạch gây nên các gôm lao hoặc lao sùi.

Toàn trạng bệnh nhân thường tốt. Các phản ứng về lao như Mantoux, BCG dương tính nhưng không mạnh như trong lupus lao.

d. Giải phẫu bệnh

Dày lớp sừng và dày lớp hạt rõ rệt. Ở nhú bì và trung bì có thâm nhiễm tế bào lympho và tương bào, có khi tập trung thành những áp xe nhỏ. Trong phần sâu của trung bì rải rác có nang lao điển hình. Có thể thấy BK.

e. Điều trị

Tại chỗ

- Cắt bỏ

s://myhanoi.com.vn/

- Nạo sạch xong chạy X quang
- Đốt bằng điện, laser, nitơ lỏng, hoặc đốt bằng hoá chất như acid trichloracetic 33%, bột thuốc tím.

Toàn thân

Rimifon

3. Lao tầng (tuberculosis colliquativa scrofulodermes)

a. Đại cương

Là một trong những hình thái lao da thường gặp ở trẻ em và thiếu niên. Thương tổn ngoài da có thể xuất hiện do vi khuẩn đi theo đường máu, và khu trú lại trên da (tiên phát) hoặc thông thường hơn cả là tiếp theo sau một lao hạch.

b. Triệu chứng lâm sàng

Bắt đầu xuất hiện dưới da một hoặc nhiều khối u bằng hạt dẻ, hoặc bằng quả táo, ranh giới rõ ràng. Khối u to dần, dính vào da và nổi cao trên mặt da, trở thành đỏ sẫm. Dần dần khối u mềm dầu rồi vỡ ra làm nhiều lỗ, qua đấy chảy ra mủ lẫn máu và các tổ chức bị hoại tử. Các lỗ này dần rộng ra tạo thành một vết loét.

Loét bờ không đều, màu hơi tím, mềm, khúc khuỷu hàm ếch. Đáy không đều lởm chởm, có mủ hoặc tiết dịch lẫn máu.

Đáy có thể thông với một số lỗ rò ăn sâu xuống hoặc đến một gôm thứ hai để tạo thành một cầu da. Những cầu da này tồn tại lâu sau khi tổn thương đã thành sẹo.

Sau một thời gian, các loét thành sẹo. Sẹo này bờ không đều thường dính vào tổ chức sâu, bề mặt gồ ghề và có thể có các đường đi dưới các cầu da. Sẹo giữ màu tím hoặc thâm một thời gian khá lâu.

Vị trí khu trú thường gặp là vùng cổ, má, vành tai, các chi ít gặp hơn.

c. Tiến triển

Dai dẳng. Thường kết hợp với lao xương, lao khớp, lao mắt, lao phổi, có khi kết hợp với các hình thái lao da khác như lupus lao, lao cóc.

Các phản ứng về lao thường dương tính

s://myhanoi.com.vn/

d. Giải phẫu bệnh

- Ở giai đoạn u có thể thấy nang lao và cả vi khuẩn lao.
- Ở giai đoạn loét các củ lao thường lẫn trong đám tổ chức viêm dày đặc, rất khó tìm.

e. Chẩn đoán

Cần phân biệt với

- Gôm giang mai.
- Gôm nấm

4. Loét lao (tuberculosis ulcerosa cutis)

a. Đại cương

Là một loét lao tiên phát do vi khuẩn lao gây nên. Loét thường xuất hiện trên da hoặc niêm mạc ở các lỗ tự nhiên của những bệnh nhân bị lao nặng làm cho da tự nhiễm vi khuẩn từ phân, nước tiểu, đờm.

b. Triệu chứng lâm sàng

Bắt đầu thấy xuất hiện ở niêm mạc hoặc trên da những u nhỏ bằng đầu đanh ghim, màu vàng, đỏ, nhanh chóng biến thành mủ và loét ra. Các loét nhỏ liên kết với nhau thành một vết loét lan rộng nhanh và từ từ ăn sâu xuống.

Loét hình bầu dục, nhiều vòng cung hoặc không đều, 1 -2 cm đường kính. Bờ nham nhở, khúc khuỷu, thành đứng hoặc hàm ếch, màu nhợt nhạt hoặc hơi tím. Đáy gồ ghề có nhiều điểm xuất huyết. Có nhiều củ lao ở đáy hoặc vùng gần bờ.

Nền vết loét mềm, ấn vào đau.

Hạch vùng lân cận, sưng, đau.

c. Tiến triển

Không có xu hướng thành sẹo, có nhiều vi khuẩn lao. Các phản ứng về lao thường âm tính.

d. Giải phẫu bệnh

Trong các loét lao lớn có thể tìm thấy nang lao đứng rải rác ở đáy và có nhiều vi khuẩn lao. Trong các loét nhỏ chỉ thấy các hình thái viêm thường trong đó có nhiều vi khuẩn lao.

s://myhanoi.com.vn/

5. Săng lao (còn gọi là loét lao sơ nhiễm tiên phát)

a. Đại cương

Bệnh hay gặp ở trẻ em chưa bị lao bao giờ.

b. Triệu chứng lâm sàng

Săng lao xuất hiện tại nơi xâm nhập đầu tiên của vi khuẩn lao.

Tổn thương là một vết loét ranh giới rõ ràng, bờ hơi gồ cao, đáy lởm chởm, có chất nhầy màu hơi vàng.

Nền vết loét hơi thâm nhiễm. Các hạch lân cận sưng, mềm và loét.

Trong chất tiết ở vết loét hoặc chất hút từ hạch lân cận có thể tìm thấy vi khuẩn lao.

Không thấy các biểu hiện lao ở các bộ phận khác.

Các phản ứng về lao trong 4 - 8 tuần đầu thường âm tính.

Về sau thường phát triển thành lao toàn thể.

c. Chẩn đoán

Cần phân biệt với

Săng giang mai

B. NHỮNG HÌNH THÁI LAO DA LAN TOẢ

Trong những hình thái lao da lan toả, trực khuẩn BK từ một ổ tổn thương nào đấy đã theo đường máu để lan toả ra toàn thân. Bệnh thường gặp ở những người có phản ứng dị ứng mạnh. Hình thái lao da lan toả bao gồm các bệnh sau đây:

- Lao da hình thái lichen hay còn gọi là lichen scrofulosorum (tuberculosis cutis lichenoides)
- Lao sẩn hoại tử (tuberculosis papulo necrotica).
- Hồng ban rắn Bazin (erythema induratum Bazin)

1. Lao da hình thái lichen

Tổn thương cơ bản là những sẩn chắc bằng đầu đanh ghim, có khi đầu nhọn, có khi đầu phẳng, bao quanh một chân lông, màu như màu da bình thường hoặc màu đỏ tím. Sẩn đứng thành đám, không có xu hướng liên kết với nhau.

s://myhanoi.com.vn/

Không kèm theo triệu chứng cơ năng.

Tiến triển vài tuần đến vài tháng, các sẩn có thể tự mất nhưng có thể tái phát.

Vị trí thường gặp là ngực, lưng, bụng và hai bên hông.

Các phản ứng về lao thường dương tính.

Giải phẫu bệnh

Thâm nhiễm ở trung bì nông bao quanh một nang lông gồm tế bào bán liên và ít tế bào khổng lồ.

Ngoài cùng là tế bào lympho. Không thấy hiện tượng bã đậu.

Chẩn đoán

Cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh như:

- Sẩn giang mai thời kỳ thứ hai
- Sẩn của lichen phẳng
- Chàm khô quanh lông.

2. Á lao sẩn hoại tử

Thương tổn cơ bản là những sẩn nhỏ bằng hạt đỗ xanh, mới đầu màu thường hồng tươi về sau thành màu nâu sẫm. Sau một thời gian phần giữa sẩn bắt đầu hoại tử, màu trắng hơi vàng giống như mụn mủ, rồi đóng thành vẩy nâu cạy ra khó khăn, cạy vẩy thấy phần giữa sẩn lõm xuống.

Các sẩn không cùng lứa tuổi.

Ví trí thường gặp là cẳng tay, cẳng chân, đùi.

Tiến triển: 1 - 2 tháng bệnh có thể tự khỏi nhưng cũng hay tái phát.

Toàn trạng bệnh nhân thường suy sụp, gầy yếu, mệt mỏi, thiếu máu.

Các phản ứng về lao dương tính.

Trong trung bì thấy hình ảnh nang lao. Có tổn thương thành mạch làm cho thành mạch dày lên, đôi khi làm tắc cả mạch máu.

3. Hồng ban rắn bazin

Bệnh hay gặp ở phụ nữ từ 16 - 40 tuổi

s://myhanoi.com.vn/

Thương tổn cơ bản là những khối u khu trú ở hạ bì hoặc trung bì sâu, to bằng hạt ngô, hạt dẻ. Da trên bề mặt tổn thương lúc đầu bình thường về sau trở thành đỏ tươi hoặc đỏ sẫm.

Tồn tại một hoặc hai tháng, các u này mất đi để lại một chỗ da thẫm màu hoặc sẹo teo da. Có thể mềm và loét ra. Vết loét bờ thẳng đứng, đáy màu đỏ hơi ngả vàng. Xung quanh ổ loét vẫn còn rắn. Loét tồn tại rất lâu và sau khi khỏi để lại một sẹo lõm./.

Các phản ứng về lao dương tính.

Giải phẫu bệnh

Ở trung bì sâu hoặc hạ bì có đám thâm nhiễm rất lớn bao gồm tế bào bán liên, tế bào khổng lồ, tế bào lympho và tương bào sắp xếp thành từng đám. Trung tâm đám thâm nhiễm có hoại tử tế bào thành bã đậu. Thành mạch máu có thâm nhiễm trở nên dày, đôi khi làm tắc mạch máu.

Điều trị

Theo phác đồ điều trị lao.

Điều trị tại chỗ tuỳ theo hình thái lâm sàng.

BỆNH LUPUS ĐỎ

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh Lupus đỏ được coi là một bệnh tự miễn. Cơ thể sinh bệnh là sự cộng đồng của các yếu tố sau đây

- Di truyền thể địa
- Hệ thống miễn dịch
- Ảnh hưởng của các yếu tố ngoại giới bao gồm cả sự nhiễm một số virus nhất định.

Các cuộc điều tra rộng rãi về gia đình đã xác nhận vai trò của yếu tố thứ 1 (tỷ lệ AFN (+) trong gia đình bệnh nhân tăng gấp ba lần so với gia đình bình thường).

s://myhanoi.com.vn/

Miễn dịch dịch thể tăng, biểu hiện ở chỗ số lượng lympho B tăng và dễ bị kích thích. Các lympho B tăng và dễ bị kích thích. Các lympho T nhất là T ức chế bị giảm ít ra cũng là về mặt chức phận.

Từ đó có sự giảm thực bào của phức hợp miễn dịch và tăng khả năng bị nhiễm virus. Do sản xuất nhiều kháng thể và thiếu khả năng phân huỷ các phức hợp miễn dịch nên dẫn đến sự lắng đọng các phức hợp miễn dịch với sự gắn thêm bổ thể, đặc biệt là kháng thể kháng nhân và do đó dẫn đến tổn thương nhiều cơ quan khác nhau.

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Thông thường chia làm hai thể.

- Thể khu trú hay thể mạn hoặc thể ngoài da.
- Thể hệ thống hay thể nội tạng.

1. Thể mạn tính

Chủ yếu là tổn thương ở da và có tiên lượng thuận lợi hơn. Tuỳ theo sự lan rộng tổn thương và mức độ tiến triển của tổn thương da mà chia thành

- Lupus đỏ mạn
- Lupus đỏ bán cấp

Các đám tổn thương da trong lupus đỏ mạn tính có 3 triệu chứng chính; đỏ da, dầy sừng lỗ chân lông, teo da.

Ví trí: hay gặp ở mặt theo hình cánh bướm. Có thể có tổn thương ở da đầu, và các vùng khác trên cơ thể nhất là các vùng hở.

Niêm mạc môi, miệng, lưỡi, lợi, sinh dục nam - nữ đều có thể bị.

Ở thể mạn tính này các triệu chứng toàn thân, nội tạng hầu như không thấy. Thay đổi về cận lâm sàng cũng không rõ. Miễn dịch tổ chức học ở da bị tổn thương, còn ở da lành thì không có.

Ở thể bán cấp thì có thâm nhiễm, phù nề, da đỏ tươi, có khi như hình ảnh tổn thương nhiễm cộm.

Cần phân biệt thể lupus đỏ mạn với: lao da, trứng cá đỏ, giả pelade brocq, liken phẳng và bạch sản (ở niêm mạc).

Điều trị

- Tại chỗ: Bôi mỡ corticoid.

s://myhanoi.com.vn/

Uống Nivaquin hoặc chloroquin theo một trong các phác đồ sau:

- 750mg x 10 ngày
- 500mg x 10 ngày
- 250mg x 10 ngày

Hoặc:

300mg/ngày cho đến khi đỡ thì giảm xuống, uống thuốc 4 ngày trong một tuần vẫn với liều 300mg/ngày.

Cần khám mắt trước và trong điều trị

Bệnh nhân cần tránh nắng.

2. Thể hệ thống

Ngoài tổn thương da (có khi không có), có thể có tổn thương ở hầu hết các phủ tạng. Đây là một thể bệnh nặng.

Thống kê của Dubois và Tuffanelli sau đây cho ta khái niệm về các biểu hiện của thể này (trên 520 trường hợp).

- Tổn thương khớp: 91,6%
- Ăn không ngon 53,2%
- Sốt trên 37°C: 83,6%
- Rối loạn protein máu 53,0%
- Tế bào LE 75,7%
- Đau cơ: 48,2%
- Tổn thương da: 71,5%.
- Viêm màng phổi 45,0%
- Hạch: 58,6%.
- Bạch cầu giảm 42,6%.
- Thiếu máu 56,5%.
- Viêm màng ngoài tim 30,5%.
- Tổn thương phổi 30,3%
- Tổn thượng TK 25,5%

Trên thực tế cần lưu ý

- Khớp: viêm đa khớp có sốt nhưng ít sưng và không biến dạng

s://myhanoi.com.vn/

- Da: có ba loại tổn thương
  + Viêm da cấp thường ở mặt theo hình cánh bướm nhưng cũng có ở mặt duỗi các chi và đầu chi, đặc biệt ở mặt dưới bàn chân vùng sát các ngón thành các chấm viêm đỏ.
  + Đỏ da, dầy sừng, loét
  + Hình đĩa mạn như trong thể mạn tính.
- Các màng

Viêm màng phổi và màng ngoài tim xuất tiết.

- Tim: viêm nhiều màng, hội chứng Libmann - Sacks (viêm nội mạc tim sùi).
- Thận: viêm thận khu trú, viêm cầu thận hoặc có khi cả hội chứng thận hư.

Hình ảnh lâm sàng rất đa dạng cho nên đòi hỏi nhiều xét nghiệm cận lâm sàng để phát hiện.

Vấn đề thực tế lâm sàng đòi hỏi phải phân biệt được lupus đỏ mạn và lupus đỏ hệ thống. Có thể dùng các xét nghiệm và chỉ tiêu sau để nhanh chóng sơ bộ chẩn đoán được một Lupus đỏ hệ thống (LĐHT).

- Kháng thể kháng nhân.
- Tốc độ lắng máu.
- Số lượng bạch cầu
- γ globulin
- Nước tiểu.

Nếu 5 xét nghiệm này âm tính thì có thể loại Lupus đỏ hệ thống.

Có tác giả đưa chỉ tiêu giới để góp phần chẩn đoán Lupus đỏ hệ thống vì trên thực tế nữ hay bị LĐHT nhiều hơn nam (8 nữ mới có 1 nam bị LĐHT).

Ví dụ: một phác đồ chẩn đoán "có thể nghĩ tới LĐHT"

- Nữ giới
- Có ban da kiểu Lupus đỏ
- Đau hoặc viêm khớp
- Sốt (37,1 ^{o}C trở lên)

s://myhanoi.com.vn/

- Có bất thường ở thận, phổi, màng phổi hoặc màng ngoài tim.
- Tốc độ lắng máu tăng ở giờ thứ nhất (20mm x 2 lần)
- Bạch cầu giảm
- Hiệu giá ANF cao (1/16 trở lên).
- Có Ig ở chỗ nối tiếp thượng trung bì ở da bị bệnh và da lành (ở da bị bệnh 80 - 90% (+), ở da lành của người bệnh 60% (+), ở da lành thể L.Đ mạn (âm tính).

Chẩn đoán phân biệt với

Viêm đa cơ, bệnh về khớp nhất là khớp cấp, viêm đa khớp.

Điều trị

Cần điều trị nội trú lúc đầu.

Cocticoid vẫn là thuốc chủ lực

Có thể dùng

- Với thể vừa: 30 - 60mg prednisolon/ngày, sau giảm dần.
- Kết hợp với Aspirin, chloroquin.
- Với thể nặng: có thể dùng tới 60 - 120mg prednisolon/ngày, sau giảm dần.

Có thể két hợp với azathioprin để giảm bớt liều corticoid. Nếu dùng thêm thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày, calci (gluconat ca), để phòng xốp xương từng thời gian nên cho tiêm ACTH để đề phòng suy thượng thận, ăn ít muối, dùng thêm kali clorur.

Với tổn thương da có thể dùng như với tổn thương da trong lupus mạn.

Tránh ánh nắng, nghỉ ngơi yên tĩnh. Phụ nữ bị bệnh tránh có thai.

s://myhanoi.com.vn/

BỆNH HERPES

I. CĂN NGUYÊN

Do 1 loại virus gọi là virus Herpes - simplex thuộc loại ADN virus. Có 2 týp virus Herpes.

Týp I gây tổn thương ở da, niêm mạc miệng, môi.

Týp II gây tổn thương ở đường sinh dục

Người là ổ chứa các týp virus Herpes này.

Thông thường có 70 - 90% người lành có mang virus Herpes nhưng không có biểu hiện bệnh lý lâm sàng mặc dầu không được miễn dịch đối với loại virus này (tuy vẫn có kháng thể trong máu). trong điều kiện nào đó: mệt mỏi, viêm nhiễm nơi khác trong cơ thể thì virus có sẵn sẽ gây bệnh.

II. TRIỆU CHỨNG

Vị trí xuất hiện thường ở vùng niêm mạc, bán niêm mạc môi, miệng; có thể ở da thường quanh miệng, ở má, có khi ở da chỗ khác. Bệnh nhân cảm thấy hơi khó chịu ở một điểm nào đó trên da, niêm mạc sau đó 1 -2 ngày nổi mụn nước, bọng nước, có khi chỉ 1 cái, có khi thành cụm gồm nhiều cái thành hình vòng, cụm, có cảm giác ngứa, rát. Nếu không bị bội nhiễm thì tổn thương tự khỏi trong vòng 7 - 10 ngày, để lại một vết sẫm màu. Nếu là virus typ II thì gây tổn thương ở niêm mạc, bán niêm mạc bộ phận sinh dục nam, nữ. Đặc biệt ở nữ có thể gây tổn thương ở cổ tử cung và người ta cũng đã lưu ý là virus typ II có thể gây ung thư cổ tử cung. Đáng lưu ý nữa là phụ nữ lúc sinh đẻ mà bị Herpes thì có nguy có gây nên nhiễm virus huyết cho trẻ sơ sinh. Trẻ nhỏ bị eczema thể địa (eczema trẻ em) mà bị nhiễm virus Herpes thì có nguy cơ bị eczema thể Herpes rất nặng, kiểu như trẻ bị eczema mà chủng đậu rồi bị eczema dạng đậu. Virus Herpes còn có thể gây viêm giác mạc.

s://myhanoi.com.vn/

Herpes rất hay tái phát, đặc biệt có 1 loại Herpes cố định tái phát, nghĩa là lúc nào cũng xuất hiện tại cùng một chỗ như các lần trước.

Chẩn đoán phân biệt với:

- Aptơ - Loét hạ cam - săng giang mai bội nhiễm
- Zona - Chốc lây.

III. ĐIỀU TRỊ

- Chấm xanh methylen 1% hoặc tím gentian 1%.
- Bôi mỡ tetracylin hoặc mỡ chlorocid 1%.
- Nhể mụn nước, bôi xanh methylen 0,1% và chiếu ánh sáng đèn tuýp loại 20W ánh sáng ngày. Dùng 2 đèn mắc song song với nhau, cái nọ cách cái kia 15 cm. Khoảng cách từ đèn đến tổn thương là 15 cm. Thời gian chiếu là 15 phút.
- Sau khi bôi xanh methylen để 20 phút thì bắt đầu chiếu. Chiếu 3 lần: lần 2 cách lần 1: 8 giờ; lần 3 cách lần 2: 16 giờ. Ở 2 lần chiếu 2 và 3, bệnh nhân không cần bôi lại xanh methylen (sau mỗi lần chiếu dặn bệnh nhân không lau, rửa chỗ bôi xanh methylen).
- Đối với Herpes cố định tái phát có thể tiêm máu tự thân.
- Tổn thương ở niêm mạc miệng ảnh hưởng đến ăn uống hoặc tổn thương đường sinh dục nên dùng aciclovir (Zovirax) 200mg mỗi ngày uống 5 lần, mỗi lần 1 viên trong vòng 5 ngày. Bôi tại chỗ mỡ aciclovir 5%, bôi 3 - 5 lần/ngày.
- Nâng cao thể trạng bằng các loại vitamin nhất là vitamin C.

s://myhanoi.com.vn/

MÀY ĐAY

Mày đay là một biểu hiện hay gặp nhất của phản ứng không dung nạp da - mạch máu.

I. CĂN NGUYÊN

Sự xuất hiện mày đau có thể theo mấy cách sau đây:

- Hậu quả của một phản ứng kháng nguyên - kháng thể (KNKT), (mày đay dị ứng).
- Do tác dụng trực tiếp của độc tố gây mày đay (mày đay do độc).
- Do các chất giải phóng histamin hoặc các chất hoạt hoá hệ thống kallilrein - kinin (1) (mày đay dạng có phản vệ hay mày đay á - dị ứng).

II. CÁC LOẠI MÀY ĐAY

1. Mày đay dị ứng

a. Dị ứng nguyên

- Thuốc và các chất chuyển hoá của chúng (15%).
- Thực phẩm và các chất chuyển hoá của chúng (2 -3 %).
- Các dị ứng nguyên khác (2 - 3%) (giun, sán, phấn hoa, vật thể lạ, tự dị ứng nguyên giải phóng do kích thích vật lý...).

b. Kháng thể

- Kháng thể thứ phát bám trên tế bào (tế bào nội mô, tế bào thành mạch máu, tế bào mastocyt, tiểu cầu v.v..) và kháng thể dịch thể (IgG, IgM, IgA và IgE).
- Quá trình mẫn cảm và vận chuyển chất gây dị ứng trong sự hình thành phản ứng KNKT thường bằng đường máu.

c. Các kiểu phản ứng dị ứng trong mày đay

- Týp I xảy ra trong lúc hoặc ngày sau khi dị ứng nguyên vào cơ thể, không có vai trò của bổ thể.

s://myhanoi.com.vn/

- Typ II (týp bệnh huyết thanh) xảy ra vài giờ đến vài ngày sau khi dị ứng nguyên vào cơ thể. Hay gặp hơn kiểu týp I. Thời gian ủ bệnh tuỳ thuộc độ hoà tan của dị ứng nguyên, sự hoàn chỉnh kháng nguyên, hình thành kháng thể, và sự gắn phức hợp KN - KT - Bổ thể vào tế bào (tế bào nội mô, tế bào mastocyt,..).

d. Lâm sàng

Sẩn mày đay thường ngứa, có cảm giác nóng bỏng và lúc đầu hay có một quầng đỏ da bao quanh. Sẩn mày đay cũng có khi trắng hoặc đỏ nhạt, thỉnh thoảng đỏ chói. Sẩn mày đay tồn tại trong vài phút và biến mất sau một thời gian ngắn (20 phút đến vài giờ) tròng lúc quầng đỏ thì tồn tại lâu hơn vì sẩn mày đay ở giữa lại xuất hiện. Sau khi sẩn mày đay mất thường để lại một vết đỏ da tồn tại trong vài giờ. Sẩn mày đay to, nhỏ khác nhau từ 5mm đến hàng chục cm, hình đa dạng, có thể khu trú ở lớp sâu của da; niêm mạc cũng không hiếm bị. Có trường hợp mày đay chuyển thành ban đỏ đa dạng xuất tiết, mày đay thường nổi nhiều đợt. Tuỳ theo thời gian tồn tại và tiến truyển mà phân chia thành.

- Mày đay cấp (đến 4 tuần).
- Mày đay cấp tái diễn (lặp đi lặp lại)
- Mày đay mạn (tồn tại hơn 4 tuần).
- Mọi mày đay đều bắt đầu trước hết ở dạng cấp.

Mày đay cấp thường là mày đay dị ứng và phần lớn là do thuốc. Mày đay cấp tái diễn thường cũng là mày đay dị ứng.

Mày đay mạn thường có đợt nổi sẩn hàng ngày và suốt trên 4 tuần và có thể kéo dài hàng tháng đến hàng năm, nhưng không phải suốt đời. Biểu hiện lâm sàng không mạnh và ít khi có biểu hiện cấp tính ở các cơ quan khác.

Căn nguyên thường không rõ ở 70 - 90% trường hợp đáng chú ý là ở những người bị mày đay mạn hay có rối loạn đường tiêu hoá (thiểu toan, vô toan, viêm dạ dày mạn, viêm đường dẫn mật, rối loạn men tiêu hoá v.v.)

Yếu tố tâm thần kinh ảnh hưởng xấu đến mày đay.

s://myhanoi.com.vn/

e. Biến chứng

Thường là ở thể mày đay cấp và thể mày đay kiểu bệnh huyết thanh. Đáng chú ý là phù nề đường hô hấp trên, có khi phải mở khí quản. Thứ đến rối loạn tiêu hoá, đau bụng, đau khớp, sốt, ngất, nhức đầu, rối loạn tim mạch, tụt huyết áp có khi trụy tim mạch.

f. Điều trị

- Cần tìm ra nguyên nhân và loại trừ ngay.
- Đánh giá đúng mức độ và tiên lượng biến chứng.
- Máy đay cấp: ngừng ngay thuốc hoặc chất gây mày đay.
- Cho tẩy hoặc nhuận tràng, nhuận mật để thải nhanh chất gây mày đay và ăn nhẹ trong 2- 3 ngày.
- Corticoid đối với trường hợp nặng (t/m, b/t, sau đó uống)
- Kháng histamin tổng hợp tiêm hoặc uống tuỳ theo bệnh nặng, nhẹ...
- Gluconat hoặc clorua calci tiêm tĩnh mạch chậm, có thể kết hợp với vitamin C.
- Ngoài da: xoa bột chống ngứa, kem chống ngứa, đắp gạc nóng.
- Mày đay mạn: tìm nguyên nhân và loại bỏ
- Loại trừ các yếu tố thuận lợi gây mày đay (tẩy giun, điều trị rối loạn tiêu hoá nhất là viêm đại tràng mạn), điều trị các ổ nhiễm khuẩn khu trú.
- Dùng kháng histamin tổng hợp tiêm bắp thịt hoặc uống.
- Giải cảm không đặc hiệu (máu tự thận, calci tiêm tĩnh mạch).
- Thay đổi chế độ ăn uống.

2. Mày đay á - dị ứng

Thể mày đay lâm sàng gần như thể dị ứng. Đa số tiến triển mạn tính tái diễn. Tuy nhiên cũng có trường hợp cấp với triệu chứng sốc.

Nguyên nhân có lẽ do không dung nạp có tính di truyền đối với một số thuốc, thức ăn v.v. Các chất này không gây tiết histamin theo cơ chế dị ứng mà có lẽ đó là các chất giải phóng histamin

s://myhanoi.com.vn/

hoặc hoạt hoá hệ thống kallikrein - kinin (1) và gây ra bệnh cảnh mày đay.

3. Mày đay yếu tố vật lý (mày đay vật lý)

Các thể mày đay vật lý hiện nay chỉ có thể giải thích là các tác nhân vật lý đã tác dụng lên da tạo ra một phản ứng KNKT thực sự hoặc một phản ứng á - dị ứng.

Các thể mày đay vật lý quan trọng nhất là:

- Mày đay do tác động cơ học (cạo gãi, đè ép...)
- Mày đay do nhiệt (do nóng, do lạnh).
  + Do tiếp xúc lạnh, do phản xạ với lạnh.
  + Do tiếp xúc nóng, do phản xạ với nóng.
- Mày đay do có - globulin lạnh.
- Mày đay do sóng điện từ.
- Mày đay do ánh sáng (ví dụ: ánh nắng).
- mày đay có do protoporphyrin trong máu (di truyền).
- Mày đay do nhiều yếu tố tổng hợp.

4. Mày đay do độc

Tiếp xúc với một số cây lá (lá cây đại tầm ma, lá ban...), sứa biển, sâu róm, bướm, chất độc chiến tranh, bị côn trùng đốt (kiến, muỗi, ong, ve), rắn cắn đều có thể bị mày đay do các chất như acetylcholin, histamin, serotonin, peptidase, các chất giải phóng histamin v.v.. có ở trong các tác nhân trên gây nên.

---

(1) Hệ thống Kallikrein - kinin bao gồm kallikrein và kinin, là một hệ thống rất hay sinh ra trong cơ thể nhưng chỉ tồn tại một thời gian ngắn và có tác dụng làm giãn mạch, tăng tính thấm mao mạch, kích thích di tản bạch cầu và sự di động của tinh trùng. Kallikrein là một nhóm protease có tác dụng làm giải phóng kinin từ các α_2 - globulin sinh kinin. Bản thân kallikrein là do từ tiền kallikrein có ở trong huyết tương, bạch cầu hạt, nước bọt, nước mắt, tuyến mồ hôi, tụy ruột. Kinin là một nhóm hormon tổ chức ví dụ như bradykinin, kallidin, méthylokallidin. Kinin thúc đẩy sự tổng hợp prostaglandin.

s://myhanoi.com.vn/

5. Phù Quincke

Đây là một thể mày đay đặc biệt biểu hiện bằng phù cấp tính khu trú. Phù này xuất hiện ở tận lớp sâu của trung bì, hạ bì và có khi cả ở cơ ngay dưới hạ bì dưới dạng phù mềm hoặc phù cứng. Da ở phía trên thường nhợt nhạt hoặc hơi đỏ và không có sẩn mày đay rõ rệt. Không ngứa, mà chỉ có cảm giác căng. Thường chỉ có ở một chỗ, ít khi nhiều chỗ. Tự mất sau vài giờ. Thường tái phát tại chỗ cũ.

Vị trí hay gặp: môi, mí, mắt, lưỡi, hầu, thanh quản, thanh môn, bộ phận sinh dục.

Nguyên nhân là do thiếu chất ức chế bổ thể - estérase. Bệnh có tính chất di truyền trội.

Cần phân biệt mày đay ở sâu với viêm quầng, hội chứng Melkersson Rosenthal, viêm tấy.

Điều trị: nếu phù nề đường hô hấp trên và có nguy cơ gây ngạt thở thì phải tiêm tĩnh mạch adrenalin (1ml 1%) hoặc ephedrin (0,1) hoặc calci gluconat. Kháng histamin và corticoid ít tác dụng hơn. Cấp cứu thì mở khí quản.

Tránh dùng các loại nha phiến, sulfonamid.

Nếu có thuốc ức chế bổ thể - étesrase, truyền plasma thì rất tốt. Cũng có thể dùng một dẫn xuất của ethistéron có đặc tính sinh dục nam yếu.

BỆNH VẨY NẾN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là một bệnh da hay gặp (3 - 5% tổng số bệnh da ở khoa da liễu, 0,5 - 3% dân số ở châu Âu).

Căn nguyên chưa rõ nhưng thể địa vẩy nến thì đã được xác định chắc chắn. Cách di truyền vẩy nến thì chưa xác định được. Thể địa vẩy nến hay vẩy nến tiềm tàng có thể xác định bởi các tiêu chuẩn sau:

s://myhanoi.com.vn/

- Gen vẩy nến nằm ở nhiễm sắc thể số 6.
- Có liên quan tới hệ kháng nguyên bạch cầu người (HLA) như HLA - DR 7, B13, BW16, BW17 và ở vẩy nến thể khớp thì B27.
- Giảm AMP vòng (CAMP).
- IgA "tiết" tăng cao.
- Đáp ứng miễn dịch tế bào giảm.
- Hoạt hoá lympho B đa clon (sinh tự kháng thể)...

Không nhất thiết tất cả mọi người có thể địa (hay gen) vẩy nến đều sẽ bị vẩy nến. Phải có những điều kiện khách quan, chủ quan nhất định để vẩy nến hình thành (nhiễm khuẩn, virus, chấn thương, xúc cảm mạnh v.v.).

Biểu hiện nổi bật nhất ở trong vẩy nến là sự tăng sinh mạnh lớp thượng bì (hoạt động phân nhân và sự tổng hợp ADN của tế bào đáy tăng khoảng 8 lần so với bình thường, chu kỳ tế bào từ lớp đáy lên lớp sừng từ 23 - 30 ngày xuống còn 3 - 4 ngày dẫn đến dầy sừng, rối loạn biệt hoá tế bào sừng dẫn đến sinh ra nhiều vẩy á sừng, bong vẩy mạnh.

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Có thể tóm tắt như sau: sẩn đỏ + vẩy dễ bong màu ánh bạc.

1. Sẩn đỏ

Kích thước từ bằng đầu đinh ghim đến bằng móng tay, đồng xu, hoặc mảng đám to bằng bàn tay.

Sờ nắn vào hơi cộm, ranh giới rõ rệt.

Màu đỏ tươi, ráo.

2. Vẩy

Trên nền sẩn đỏ có vẩy ánh bạc phủ thành nhiều lớp, dầy, mỏng tuỳ từng trường hợp. Vẩy nến dễ bong, cạo nhẹ vẩy bong thành lớp mỏng như khi ta cạo lên một vết nến. Vẩy khô, bong thành lá nhỏ, mỏng.

Tuỳ theo vị trí tổn thương và thời gian xuất hiện mà tổn thương cớ màu sắc khác nhau: xám bạc, xám nâu, khô hoặc ẩm.

s://myhanoi.com.vn/

Để xác định có phải tổn thương vẩy nến hay không thường dùng phương pháp cạo Brocq như sau:

a. Dấu hiệu vết nến: dùng nạo cạo nhẹ lên tổn thương nhiều lần (vài chục lần trở lên). Vẩy sẽ bong dần dần như khi ta cạo lên một giọt nến đã khô ở trên mặt bàn.

b. Dấu hiệu màng bong: khi cạo hết lớp vẩy đã nói ở trên ta sẽ gặp một màng mỏng, bóng, ướt bong ra. Phải cạo khéo tay thì mới lấy được cả màng, nếu không sẽ làm rách vụn và rớm máu.

c. Dấu hiệu hạt sương máu: khi cạo lấy được màng mỏng thì các nhú bì của trung bì được bộc lộ và máu ở các mao mạch của nhú bì sẽ ứa ra từ từ, tạo thành các giọt huyết thanh lẫn máu, trông như hạt sương có mầu đỏ nên gọi là hạt sương máu.

Ba dấu hiệu trên chứng tỏ tổn thương được cạo là tổn thương vẩy nến:

a. Chứng tỏ có dầy sừng, á sừng..

b. Chứng tỏ có tăng sinh lớp đáy.

c. Chứng tỏ có tăng nhú và tăng sinh mao mạch nhú bì. Quan trọng nhất trong 3 dấu hiệu là dấu hiệu b.

Tức màng mỏng bong được. Do đó khi cạo theo phương pháp Brocq phải làm rất cẩn thận, từ từ không nóng vội.

3. Vị trí thường gặp

Vẩy nến có thể xuất hiện ở bất cứ vị trí nào trên da. Nhưng đầu tiên người ta hay gặp ở các vị trí tỳ đè như: cùi tay, đầu gối, vùng xương cùng chậu hoặc ở da đầu. ngược lại một số vị trí hiếm gặp như các nếp kẽ nách, bẹn hoặc niêm mạc, nếu gặp ở các nếp kẽ thì đó là vẩy nến thể đảo ngược. Vẩy nến niêm mạc (quy đầu, môi) cũng có gặp nhưng hiếm.

Móng cũng hay bị vẩy nến, thậm chí có khi chỉ có móng bị mà da chưa bị.

4. Phân loại vẩy nến ở da

Thường dựa theo hình dạng, kích thước tổn thương mà chia ra:

- Thể chấm
- Thể giọt

s://myhanoi.com.vn/

- Thể đồng tiền
- Thể mảng v.v..

Hoặc tuỳ theo vị trí đặc biệt mà chia ra:

- Vẩy nến da đầu
- Vẩy nến móng
- Vẩy nến đảo ngược
- Vẩy nến quy đầu, môi.

5. Phân loại vẩy nến nói chung

Thường phân thành

- Vẩy nến thông thường (nghĩa là chỉ có tổn thương ở da và là thể hay gặp nhất).
- Vẩy nến thể khớp: trong thể này có khi đầu tiên là tổn thương khớp xuất hiện mà chưa có tổn thương da hoặc cũng gọi là vẩy nến thể khớp khi tổn thương khớp xuất hiện sau tổn thương da, nhưng ở những trường hợp do tổn thương da tồn tại, tiến triển dài ngày rồi khớp mới bị thì người ta hay gọi là có biến chứng khớp.
- Vẩy nến mụn mủ: thường xuất hiện với tổn thương mụn mủ ngay từ đầu và chia ra 2 thể khác nữa là thể toàn thân (Zumbusch) thường nặng, có triệu chứng toàn thân rầm rộ và thể khu trú chỉ ở lòng bàn chân, bàn tay (Barber). Cũng có trường hợp vẩy nến thường chuyển thành hoặc có thêm vẩy nến mụn mủ.

6. Hiện tượng Koebner

(Còn gọi là hiện tượng chấn thương gọi tổn thương): trên một cơ thể bị vẩy nến, nếu có một thương tổn da ở chỗ khác như xây sát có rớm máu, tiêm chủng, tiêm thuốc v.v. thì có thể ở các chỗ đó sẽ xuất hiện tổn thương vẩy nến. Ở các sẹo cũ ở trên da (vết mổ) cũng có thể có hiện tượng Koebner. Hiện tượng Koebner có thể giúp cho việc chẩn đoán vẩy nến, nếu ở người bệnh có tổn thương nghi ngờ là vẩy nến. Tuy nhiên, hiện tượng Koebner cũng có một số bệnh da khác.

s://myhanoi.com.vn/

III. TIẾN TRIỂN

Nói chung vẩy nến là một bệnh mạn tính, có thể có đợt cấp tính (đỏ da, nổi nhiều sẩn, mảng, vết) rồi cũng có thể và thường chuyển sang mạn tính, dai dẳng. Cũng có khi tự nhiên đỡ hẳn, thậm chí sạch hết tổn thương.

Bệnh tuy tiến triển dai dẳng nhưng là một bệnh lành tính.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Chủ yếu dựa vào lâm sàng: sẩn đỏ + vẩy dễ bong, mầu ánh bạc phủ trên sẩn cạo theo phương pháp Brocq dương tính.
- Vị trí xuất hiện tổn thương đầu tiên.
- Dấu hiệu Koebner (nếu có).
- Móng và khớp (nếu có).

Nếu có điều kiện thì làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

2. Chẩn đoán phân biệt

Chủ yếu cần phân biệt với.

- Á sừng da đầu nhất là ở da đầu.
- Á sừng liên cầu nhất là ở da đầu.
- Nấm móng, viêm đa khớp.

V. ĐIỀU TRỊ

Chưa có phương pháp nào chữa khỏi bệnh vẩy nến nhưng có nhiều phương pháp chữa làm sạch tổn thương vẩy nến, có khi được dài ngày. Lý do: đây là một bệnh có liên quan di truyền. Điều trị ngoài da là chủ yếu. Điều trị nội khoa chỉ là phối hợp.

1. Các thuốc bôi

Chủ yếu nhằm làm bạt vẩy và một phần ức chế sự phân bào của các tế bào lớp thượng bì. Có thể dùng các loại thuốc sau đây:

a. Mỡ, kem dithranol (1,8 - dihydroxianthranol) từ 0,1% - 2% tuỳ theo sự chịu thuốc của từng người.

s://myhanoi.com.vn/

b. Goudron (nhựa than đá hoặc than thảo mộc) dưới dạng nguyên chất hoặc mỡ, bột nhão 5 - 10%. Nếu trước khi bôi goudron mà bôi dung dịch Castellani thì hiệu quả của goudron sẽ cao hơn.

c. Mỡ Sabouraud

d. Cao vàng: một số bệnh nhân dùng một loại thuốc bôi thừa kế y học dân tộc ở Chùa trắng (Hà Đông) gồm có hoạt chất là hồng đơn và mật đà tang (một số oxyd chì) và tá dược là sáp ong, dầu lạc, vaselin.

2. Quang hoá liệu pháp

Bôi hoặc uống chất cảm quang (photosensibilisateur) rồi chiếu tia UVA và UVB (bước sóng từ 280 - 360nm). (280 - 315nm là UVB, 315 - 400nm là UVA). Chất cảm quang thường dùng hiện nay là chiết xuất từ hạt cây đậu miêu hoặc tổng hợp gọi là psoralène. Thương phẩm có tên gọi là 8 - méthoxypsoralène: 8 - MOP, méladinin v.v. Ở Việt Nam, chế phẩm từ hạt đậu miêu mang tên PS1.

Bôi goudron rồi chiếu UVB cũng là một kiểu quang hoá liệu pháp.

Trong điều kiện chưa có đèn phát tia UVA thì có thể phơi nắng vào thời điểm thích hợp.

3. Khí hậu liệu pháp

Tắm biển, chủ yếu là tận dụng ánh sáng mặt trời vào các thời điểm thích hợp cũng là một cách góp phần điều trị vẩy nến.

4. Điều trị nội khoa

Trước hết cần điều trị các ổ nhiễm khuẩn nếu có (viêm họng, viêm amydan, viêm tai giữa, viêm bể thận v.v.).

Uống psoralène rồi chiếu UVA không phải là điều trị nội khoa. Trong những trường hợp đặc biệt (nặng, nhờn một số thuốc bôi thông dụng...) có thể dùng các thuốc ức chế miễn dịch như AZT, méthotrexat. Các liệu pháp sau thường chỉ định cho các trường hợp vẩy nến thể khớp, mụn mủ toàn thân.

Vitamin A acid cũng có tác dụng đối với một số trường hợp vẩy nến nặng. Gần đây có một số tác giả nước ngoài (Prinz, Braun - Falco, Reiter Nicolas, Wijdenses, Poizot - martin, Eedy v.v.) đã dùng

s://myhanoi.com.vn/

kháng thể đơn dòng CD4 hoặc ghép tuỷ đồng loại để điều trị vẩy nến thường và vẩy nến mụn mủ, thường là nặng và mạn tính, có kết quả rất tốt.

Đặc biệt quan trọng trong khi điều trị là cần tránh mọi kích thích nội ngoại giới có thể làm cho bệnh vượng lên hoặc kéo dài khó điều trị (cạo gãi, sây sát da, dùng thuốc không đúng gây viêm, tấy, bị nhiễm khuẩn da, các cơ quan khác như: viêm họng, amydan, viêm tai v.v..., chấn thương tình cảm). Vì vậy để điều trị có kết quả tốt cũng như đề phòng tái diễn bệnh khi đã điều trị ổn định cần giữ một chế độ ăn uống, nghỉ ngơi, sinh hoạt thích hợp. Nếu cần có thể từng thời kỳ cho các thuốc an thần như seduxen, sen vông trong lúc đang điều trị hoặc dưỡng bệnh

DỊ ỨNG THUỐC

I. ĐẠI CƯƠNG

Là một biểu hiện bệnh lý ngày càng hay gặp vì hiện nay các loại thuốc dưới nhiều dạng biệt dược khác nhau được bán rộng rãi khắp mọi nơi và người dùng có thể mua hầu hết các loại thuốc mà không cần đơn của thầy thuốc.

Dị ứng thuốc có biểu hiện lâm sàng rất đa dạng với nhiều mức độ khác nhau từ nhẹ, vừa đến nặng có khi chết người mà không kịp cấp cứu.

Thực chất dị ứng thuốc là một phản ứng giữa thuốc (đóng vai trò một kháng nguyên - hoặc lúc đầu là một bán kháng nguyên sau kết hợp với protein trong cơ thể người dùng thuốc để thành kháng nguyên) với kháng thể các loại do cơ thể sản sinh ra. Mức độ nặng, nhẹ của phản ứng này phụ thuộc vào nhiều yếu tố khách và chủ quan (loại thuốc, đường dùng, thể địa v. v...). Theo Gell, Coombs và Storch thì có thể phân thành 4 typ phản ứng.

Typ 1 thường gọi là phản ứng quá mẫn, thường xảy ra rất nhanh ví dụ như sốc do penicilin. Kháng thể trong typ này chủ yếu là IgE và một phần IgG.

s://myhanoi.com.vn/

Typ 2 còn gọi là phản ứng tiêu và độc tế bào. Ví dụ dị ứng thuốc có xuất huyết dưới da. Kháng thể trong typ này chủ yếu là IgG.

Typ 3 còn gọi là phản ứng Arthus hay hội chứng bổ thể gây độc. Ví dụ: Hiện tượng Arthus, bệnh huyết thanh, viêm mạch máu. Kháng thể trong typ này là phức hợp miễn dịch IgG, IgM cộng với bổ thể.

Typ 4 còn gọi là phản ứng trung gian tế bào hay phản ứng dị ứng muộn. Có 2 loại chính: phản ứng kiểu tuberculin (tế bào của tổ chức liên kết) và phản ứng kiểu eczema (tế bào của thượng bì).

Trên thực tế khó mà xác định được các typ như trên nếu không có xét nghiệm miễn dịch. Có lẽ chỉ cần nhớ là thuộc về các phản ứng sớm là các týp 1, 2, 3, và typ 4 là thuộc về phản ứng muộn. Cụ thể hơn nếu sau khi dùng thuốc mà trong vòng 6 giờ trở lại đã xảy ra phản ứng thì coi là phản ứng sớm, còn từ 6 giờ trở đi được coi là phửn ứng muộn.

Để xác định là dị ứng thuốc cần phân biệt với một số hiện tượng do thuốc gây ra nhưng không phải là dị ứng thuốc, tuy nhiên khi có những biểu hiện lâm sàng dễ nhầm với dị ứng thuốc. Ví dụ:

- Nhiễm độc cấp hoặc mạn do thuốc: xảy ra sau khi dùng thuốc quá liều hoặc quá lâu ngày, nhất là đối với một số thuốc liệt kê trong bảng độc (Hg, As, opi v.v..)
- Trạng thái không dung nạp: ví dụ dùng một liều nhỏ chlorpromazin đã bị tụt huyết áp, vài giọt atropin đã làm khô miệng, giãn đồng tử v.v..
- Đặc ứng (idiosyncrasie): ngay từ khi dùng lần đầu, dù với liều rất nhỏ đã bị phản ứng mạnh.
- Hiện tượng Herxheimer: hay gặp ở bệnh nhân giang mai dùng penicilin hoặc bệnh nhân thương hàn dùng chlorocid...
- Giải phóng histamin: một số thuốc như quinin polymixin, tetracyclin, morphin v.v. gọi là chất giải phóng histamin, có khả năng làm tán hạt "mastocyte" giải phóng ồ ạt histamin, tác động lên hệ mạch máu và từ đó lên các cơ quan gây nên hội chứng "dạng phản vệ.

s://myhanoi.com.vn/

- Tác dụng phụ của một số thuốc: ví dụ sau khi uống vitamin PP bệnh nhân thường có cảm giác bừng bừng, da có thể đỏ nhưng sau đó tự mất.

Trong tất cả các hiện tượng nói trên không hề có phản ứng kết hợp kháng nguyên kháng thể nên không thể xếp là dị ứng thuốc được.

II. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG CỦA DỊ ỨNG THUỐC

Như trên đã nói, dị ứng thuốc biểu hiện rất đa dạng và gây tổn thương ở mọi cơ quan trong cơ thể con người, đặc biệt là ở da và niêm mạc, nơi mà bằng mắt thường có thể phát hiện được.

Để chẩn đoán dị ứng thuốc, cần xác định mấy điều sau đây:

1. Có dùng thuốc đó trước đây ít nhất là đã 1 lần rồi hoặc 1 loại có họ hàng với thuốc vừa dùng ví dụ: trước đây dùng sulfamid nay dùng biseptol.

2. Nói chung thuốc nào cũng đều có thể gây dị ứng nhưng theo kinh nghiệm của nhiều tác giả thì các loại thuốc sau đây hay gây dị ứng:

- Các loại huyết thanh, vaccin, hormon, tinh chất cơ quan.
- Các loại kháng sinh: penicilin - streptomyxin - Viomyxin - kanamyxin - Chlorocid - tetracyclin.
- Sulfamid chống vi khuẩn, lợi tiểu, chống đái đường.
- Thuốc chống lao nhất là PAS, rifampicin.
- Thuốc tê (procain).
- Thuốc chống đau hạ sốt salicylic (Aspirin), dẫn xuất pyrazolon (Antipyrine, Phenylbutazol, Pyramidon).
- Thuốc chữa sốt rét: Quinin
- Thuốc thần kinh: barbituric, chlorpromazin.
- Iodures và thuốc cản quang có iod.
- Asen hữu cơ.
- Kim loại nặng; nước vàng, kền, bismuth, thuỷ ngân... nếu thuốc dùng thuộc một trong các loại kể trên thì nguy cơ gây dị ứng hay gặp theo thứ tự từ trên xuống đã ghi.

s://myhanoi.com.vn/

3. Sau khi dùng thuốc nếu thấy xuất hiện sớm hoặc muộn các triệu chứng sau đây thì cần nghĩ đến dị ứng thuốc và cần theo dõi thật cẩn thận, nếu cần phải tạm ngừng thuốc:

- Ngứa ở da hoặc niêm mạc
- Sốt
- Nổi ban như kiểu sởi, hoặc nổi mày đay.
- Nổi ban kiểu viêm da, eczema tức là có đỏ da, ngứa, mụn nước li ti.
- Có đốm, vết, đám chảy máu dưới da.
- Nổi bọng, phỏng nước ở da hoặc niêm mạc.

III. ĐIỀU TRỊ VÀ DỰ PHÒNG DỊ ỨNG THUỐC

1. Nếu là dị ứng typ 1, tức choáng phản vệ thì xem như là một cấp cứu nội khoa: đặt bệnh nhân nằm đầu thấp, ủ ấm, nới bớt quần áo, bảo đảm yên tĩnh.

- Tiêm ngày 1 ống adrenalin 0,001 bắp thịt, 1 ống pipolphen 0,025g bắp thịt, 1 ống Coramin. Sau đó nếu cần, tiếp tục truyền huyết thanh có pha Uabain 1/8 - 1/4mg hoặc noradrenalin 1mg hoặc cả cocticoid 4 - 8mg.
- Nếu cần cho thở oxy. Nếu có nguy cơ co thắt, ùn tắc phế quản thì kịp thời mở khí quản, dùng máy hô hấp nhân tạo.
- Nếu sốc do penixilin, đặt garô ở gốc chi để hạn chế tốc độ ngấm thuốc vào máu, đồng thời tiêm penicilinase.

2. Ngừng ngay thuốc đã gây ra dị ứng. Nếu bệnh nhân đang cần tiếp tục điều trị bệnh hiện hành, cần cân nhắc lựa chọn thuốc thích hợp, tránh dị ứng chéo. Hạn chế đến mức thấp nhất số thuốc sử dụng. Chỉ dùng những thuốc tối cần thiết.

3. Khẩn trương xác định loại thuốc gây dị ứng.

4. Công tác chăm sóc hộ lý tổn thương da, niêm mạc, mắt, mũi, họng rất quan trọng song song với giải quyết được giai đoạn nguy kịch toàn thân.

5. Đảm bảo chế độ ăn thích hợp.

6. Chống lạnh, theo dõi mạch, nhiệt, huyết áp đều đặn.

s://myhanoi.com.vn/

7. Đề phòng loét do nằm lâu.

8. Ghi ngay vào sổ y bạ loại thuốc đã gây dị ứng cho bệnh nhân.

9. Đối với các trường hợp bị dị ứng mức độ vừa và nhẹ khác thuộc typ 2, 3, 4 thì việc đầu tiên cũng là ngừng ngay các thuốc gây dị ứng. Sau đó xử trí chống dị ứng thích hợp với mức độ typ dị ứng.

10. Khi chữa bệnh nói chung, người thầy thuốc cần hỏi kỹ tiền sử nhất là tiền sử dị ứng của gia đình, bản thân bệnh nhân, các bệnh mạn tính. Chỉ cho các loại thuốc thật cần thiết, đặc hiệu, tránh cho tràn lan, cho để vừa lòng bệnh nhân. Chỉ cho tiêm khi thật cần thiết. Chấp hành đúng cách quy định về thử phản ứng thuốc nếu có. Nên nhớ rằng bất kỳ dùng thuốc bằng đường nào cũng đều có thể xảy ra dị ứng được cả, đương nhiên là đường tiêm thường có nhiều nguy cơ hơn.

BỆNH ZÔNA

I. CĂN NGUYÊN

Do virus thuỷ đậu varicellae Zoster virus (VZV) gây nên. Thường trẻ em bị nhiễm virus thuỷ đậu và bị thuỷ đậu lúc còn bé hoặc thiếu niên và cơ thể được miễn dịch. Zôna chỉ là một nhiễm virus lần 2 hoặc một tái hoạt động của virus tiềm tàng trong một cơ thể đã có miễn dịch nhưng chưa đầy đủ và chỉ xâm nhiễm các tế bào thần kinh của các dây thần kinh cảm giác hướng tâm (viêm hạch - rễ thần kinh sau cấp). Bệnh nhân zôna có thể là nguồn lây bệnh thuỷ đậu cho trẻ em chưa bị thuỷ đậu và hiếm khi gây lây zôna cho người lớn.

Người bị các bệnh bạch cầu, ung thư, không có γ - globulin, bệnh nhiễm khuẩn mạn, suy kiệt, dùng nhiều corticoid hoặc thuốc ức chế miễn dịch, người bị chấn thương sọ não, cột sống, bị tổn thương các dây thần kinh, chiếu tia X cũng dễ bị zôna.

s://myhanoi.com.vn/

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ TIẾN TRIỂN

Thời gian ủ bệnh từ 7 - 20 ngày.

Da ở khu vực có dây thần kinh bị nhiễm virus viêm đỏ, đau, có cảm giác rát bỏng, hạch lympho tương ứng sưng đau. Có thể có sốt mệt mỏi. Giai đoạn này có thể kéo dài trong 5 - 7 ngày.

Sau đó trên nền da đỏ nói trên nổi mụn nước, bọng nước, lúc đầu trong sau có thể đục nếu bị bội nhiễm, có khi có máu. Mụn nước, bọng nước mọc theo khu vực có dây thần kinh, thường thành một dải dài. Vị trí hay gặp là ở mặt, quanh mắt, vùng liên sườn, vùng chậu hông. Có khi xuống tay, chân. Thường chỉ có ở 1 bên.

Nếu không bị bội nhiễm, bệnh tự khỏi sau 2 - 3 tuần, để lại vết sẫm màu. Ở người già, khu vực bị tổn thương có thể bị rát, buốt trước và sau khi khỏi, nhất là khi thay đổi thời tiết. Rát buốt thường ở sâu, còn ở bề mặt da thì lại giảm cảm giác.

Một số thể zôna ở mắt, tai cần được chú ý theo dõi vì có thể gây loét giác mạc, viêm mống mắt, gây đau tai, liệt mặt, giảm thính lực và mất thăng bằng.

Chẩn đoán phân biệt với Herpes, chốc lây, viêm lợi - răng do Herpes, viêm da bọng nước do côn trùng (kiến khoang, dời leo...)

III. ĐIỀU TRỊ

- Nếu mụn nước không bị dập vỡ thì bôi thuốc dịu da như hồ kẽm, rivanol 1% (không nên dùng thuốc dầu, mỡ).
- Nếu mụn, bọng nước bị dập vỡ thì chấm thuốc màu sát khuẩn, bôi hồ tétracyclin.
- Uống thuốc kháng histamin tổng hợp, vitamin B_1, Analgin, Seduxen.
- Hạn hữu gặp trường hợp đau dữ dội có thể cho corticoid liều thấp.
- Nếu có aciclovir thì cũng có thể dùng được, nhất là đối với trường hợp nặng dùng kem bôi và viên uống 800mg mỗi ngày 5 lần, mỗi lần 1 viên trong 5 - 7 ngày. Điều trị sớm bệnh giảm dần và giảm các triệu chứng đau rát.

s://myhanoi.com.vn/

Chú ý: ở trẻ em, thiếu niên hoặc người già mà bị zôna thì cần loại trừ hoặc theo dõi các bệnh ác tính tiềm tàng có thể có. Zona có thể báo hiệu nhiễm HIV/AIDS, cần làm xét nghiệm để phát hiện.

BỆNH HẠT CƠM

I. CĂN NGUYÊN

Do một loại virus ADN gọi là Papovavirus ở người. Có 4 thể hạt cơm do các typ Papovavirus khác nhau gây nên:

- Hạt cơm phẳng ở người trẻ do Papovavirus typ III.
- Hạt cơm thường do Papovavirus typ II và typ IV.
- Hạt cơm lòng bàn chân do Papovavirus typ I.
- Sùi mào gà (Condyloma acuminatum) do Papovavirus typ VI.

Điều kiện thuận lợi để bị nhiễm virus này là rối loạn tuần hoàn ngoại vi tại chỗ (tím tái viễn đoạn, tăng tiết mồ hôi), tổn thương liên bào (chà xát, viêm mạn da và niêm mạc).

Lây trực tiếp do đụng chạm, kể cả quan hệ tình dục và tự lây nhiễm từ vùng da này sang vùng da khác trên cùng một người, hiếm khi qua vật trung gian (khăn mặt, áo quần...).

Ủ bệnh khoảng vài tuần đến vài tháng. Tỷ lệ tự khỏi khoảng 20%. Người có lẽ là ổ chứa virus. Có khoảng 15 typ có thể gây bệnh. Cá biệt có typ có thể gây ung thư.

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Hạt cơm phẳng ở người trẻ

a. Tổn thương cơ bản: sẩn tròn hoặc bầu dục, đường kính 1 - 3 mm màu xám - vàng - nâu hoặc hồng nhạt hoặc gần như mầu da, mặt nhẵn, ngứa nhẹ.

s://myhanoi.com.vn/

b. Vị trí: hay gặp ở mặt, 2 cánh tay, cẳng tay, bàn tay (mu). Có khi lan xuống cả ngực, lưng. Hay gặp hiện tượng Koebner nếu bệnh nhân gãi xây xát da.

c. Cần phân biệt với: liken phẳng, hạt cơm dầy sừng (người già, da dầu), loạn sừng Darier.

d. Điều trị

- Tâm lý liệu pháp
- Đốt lạnh với nitơ lỏng
- Vitamin A acid (kem)
- Xát lá tía tô tươi.

2. Hạt cơm thường.

Rất hay gặp

a. Tổn thương cơ bản: sẩn, cục to nhỏ khác nhau có khi rất to, gờ cao lên mặt da, đường kính từ 3 - 5 mm có khi đến 1 - 2 cm. Bề mặt sùi, ráp, màu vàng - nâu hoặc xám - đen. Tuỳ theo vị trí của tổn thương mà hạt cơm thường có thể xù xì, có dạng sợi nhú (bàn tay, bàn chân - mí mắt, cổ). Ở lòng bàn tay, bàn chân thì do ma sát, đè ép nên hạt cơm bẹt ra. Đặc biệt hạt cơm ở lòng bàn tay chân, ở dưới móng tay, móng chân thường đau, có khi rất đau.

b. Cần phân biệt với: lao cóc hoặc sùi, liken sùi, dầy sừng lòng bàn tay - bàn chân thể khu trú từng điểm, dầy sừng do asen

c. Điều trị

- Tâm lý liệu pháp
- Đốt điện
- Tiểu thủ thuật cắt bỏ (chú ý dễ lây sang vùng da lành và cho phẫu thuật viên).
- Đốt lạnh với nitơ lỏng.
- Kem vitamin A acid (dùng cho trẻ em).

3. Hạt cơm lòng bàn chân

Hay gặp. Thường ở gót và phần trước gan bàn chân nơi tỳ đè nhiều. Thường số lượng ít (1 - 2 cái). Bề mặt không vồng, mầu xám

s://myhanoi.com.vn/

đen, có chai và chắc. Hạt cơm lớn lên như một cái gai đâm vào chiều sâu cho nên khi đứng và đi, gây cảm giác rất đau, chói.

Cần phân biệt với: chai chân, mắt cá.

Điều trị: dùng tiểu thủ thuật cắt bỏ sau khi đã băng với mỡ salicylic 60% để cho mềm hạt cơm.

- Đốt lạnh với nitơ lỏng.
- Có thể dùng siêu âm để điều trị.
- Lót một miếng đệm có lỗ khớp với vị trí có hạt cơm vào giầy để tránh chạm hạt cơm vào giầy.

4. Sùi mào gà

Hay gặp. Xem như một bệnh lây theo đường tình dục.

Điều kiện thuận lợi để nhiễm bệnh: ẩm ướt sau khi bị chà xát, niêm mạc bị chợt do có bao hành, viêm rãnh quy đầu, viêm niệu đạo, khí hư, eczema hậu môn, giun kim, viêm kẽ. Lây qua giao hợp.

Vị trí tổn thương cơ bản

Rãnh quy đầu, quy đầu quanh miệng sáo, lỗ niệu đạo, vùng quanh bộ phận sinh dục, hậu môn, xuất hiện nốt hồng - đỏ, cụm lại với nhau, sùi lên như súp lơ. Tổn thương thường ướt, lép nhép và có mùi hôi, đôi khi bị hoại tử.

Cần phân biệt với

- Sùi mào gà do giang mai
- Pemphigut sùi
- Ung thư

Điều trị

- Nạo bằng "curette". Chú ý dễ sót tổn thương, dù rất nhỏ cũng sẽ gây tái phát. Dễ lây lan sang vùng kế cận, lây sang thủ thuật viên.
- Đốt lạnh bằng nitơ lỏng (đề phòng phù nề nhất là ở vùng niêm mạc sinh dục).
- Chữa các bệnh liên quan và loại bỏ các yếu tố thuận lợi (roi trùng, candida, lậu, giun kim, trít bao hành, kém vệ sinh vùng tiết niệu - sinh dục, giao hợp kém vệ sinh với người có bệnh).

s://myhanoi.com.vn/

– Nếu cần, phải phối hợp với các thầy thuốc chuyên khoa về tiết niệu, phụ khoa, đại tràng, trực tràng.

VIÊM NIỆU ĐẠO KHÔNG DO LẬU
(Uretrites non gonococciques)

I. CĂN NGUYÊN VÀ DỊCH TỄ HỌC

Bao gồm các bệnh viêm niệu đạo, khi lấy bệnh phẩm từ niệu đạo làm xét nghiệm nhuộm gram và nuôi cấy không tìm thấy lậu cầu khuẩn (neisseria gonorrhoeae). Đa số trường hợp do Chlamydia trachomatis và Ureaplasma urealyticum. Các loại vi sinh vật khác chỉ chiếm 20%, trong đó trichomonas vaginalis, Candida albicans, siêu vi khuẩn Herpes rất ít gặp. Bên cạnh viêm niệu đạo do lậu, các bệnh viêm niệu đạo không do lậu ngày càng phát triển và Chlamydia trachomatis có vai trò chính trong căn nguyên gây bệnh.

Tỉ lệ C. trachomatis phân lập được trên các loại viêm niệu đạo như sau (theo Gunnar, Fohannissin 1981)

Viêm niệu đạo không do lậu:	43 - 44%
Viêm niệu đạo sau lậu:	69 - 70%
Viêm niệu đạo do lậu:	28%
Người bình thường không viêm niệu đạo:	4 - 5 %

Ở Mỹ, thống kê trong một số cơ sở chống bệnh lây truyền qua đường tình dục, tỷ lệ bệnh viêm niệu đạo không do lậu thay đổi từ 19 - 78%/ tổng số. Điều tra trong một số sinh viên ở Mỹ mắc bệnh hoa liễu thì 85% trường hợp viêm niệu đạo là không do lậu. Ở Thụy Sĩ, Liên Xô (cũ) viêm niệu đạo không do lậu tăng gấp 2 lần so với viêm niệu đạo do lậu.

II. CHẨN ĐOÁN VIÊM NIỆU ĐẠO KHÔNG DO LẬU

Dựa vào triệu chứng lâm sàng nhiều khi rất khó phân biệt giữa viêm niệu đạo do lậu vào không do lậu.

s://myhanoi.com.vn/

Triệu chứng viêm niệu đạo do lậu cấp điển hình là chảy nhiều mủ màu vàng hoặc màu xanh, đái rất buốt.

Viêm niệu đạo không do lậu ngay từ đầu ít mủ, phải vuốt dọc niệu đạo mới có mủ. Mủ màu trong suốt hoặc màu trắng hơn là màu vàng. Thường biểu hiện giống như lậu mạn, có giọt mủ buổi sáng, đái nóng dọc niệu đạo và có cảm giác ngứa khu trú ở phần đầu niệu đạo.

Dựa vào xét nghiệm: lấy mủ làm xét nghiệm thấy nhiều bạch cầu nhưng không có song cầu khuẩn gram (-) nội và ngoại tế bào. Nếu không có mủ rõ rệt, chẩn đoán có thể dựa vào các tiêu chuẩn sau:

- Lấy bệnh phẩm từ niệu đạo nhuộm gram, có trên 4 bạch cầu đa nhân trên một vi trường với độ phóng đại 100 lần.
- Lấy cặn nước tiểu của lần đi tiểu đầu tiên, lấy 4 giờ sau lần đi tiểu trước, nhuộm soi thấy 15 bạch cầu đa nhân trên 1 vi trường với độ phóng đại 400 lần.

III. ĐIỀU TRỊ VIÊM NIỆU ĐẠO KHÔNG DO LẬU

Tetracyclin và erythromycin được xem có tác dụng đối với C. trachomatis và phần lớn các loại U. urealyticum, streptomycin hoặc spectinomycin có thể thanh toán được U. urealyticum cho 60 - 70% những trường hợp bị viêm niệu đạo không do lậu nhưng không giải quyết được Chlamydia. Các loại sulfamid có thể có tác dụng đối với Chlamydia nhưng không có tác dụng đối với U. urealyticum.

Phác đồ điều trị được áp dụng với các loại thuốc kết hợp như sau:

Spectinomycin 2g liều duy nhất (tiêm bắp).

Sulfafurazol 500mg x 4 lần/ngày x 10ngày (uống) hoặc tetracyclin 500mg x 4 lần/ngày x 7 - 10 ngày (uống) hoặc erythromycin 500mg x 4 lần/ngày x 10 ngày (dùng cho phụ nữ có thai).

Hiện nay trên thị trường có loại azitromycin (Zitromax) dùng điều trị viêm niệu đạo cho Chlamydia trachomatis dùng liều duy nhất 1g uống có tác dụng tốt.

s://myhanoi.com.vn/

Trong điều trị viêm niệu đạo không do lậu phải điều trị cả người có quan hệ tình dục với bệnh nhân, theo điều tra trong số đó 25 - 45% có C. trachomatis, nếu không được điều trị sẽ là nguyên nhân gây viêm tử cung, viêm phần phụ, sẽ lây truyền cho trẻ sơ sinh, gây viêm kết mạc và viêm phổi.

Đối với những trường hợp viêm niệu đạo không do lậu, kinh diễn hay tái phát có thể tóm tắt cách xử trí như sau:

- Xác định có viêm nhiễm.
- Lấy bệnh phẩm xét nghiệm tìm N. gonorrhoeae, tìm nấm và trichomonas.
- Khám người có quan hệ tình dục với bệnh nhân. Xét nghiệm tìm N. gonorrhoae, tìm nấm và Trichomonas.
- Khám bệnh nhân tìm Herpes, sùi mào gà và dị vật đường sinh dục.
- Đảm bảo bạn tình được điều trị đồng thời.
- Chỉ định một đợt điều trị mới cho bệnh nhân và có thể cả người bạn tình bằng một trong các loại thuốc sau:
  + Erythromycin 2g/ngày x 10 - 14 ngày.
  + Tetracyclin 2g/ngày x 21 - 28 ngày.
  + Spectinomycin 2g + sulfafurazol 2g/ngày x 10 ngày.
- Nếu vẫn tồn tại triệu chứng sau khi điều trị, cần tiến hành
  + Xác định lại tình trạng viêm
  + Kiểm tra vi khuẩn học để phát hiện viêm tiền liệt tuyến do vi khuẩn.
  + Khám chuyên khoa tiết niệu.

s://myhanoi.com.vn/

NHỌT, HẬU BỐI
(Furoncle, anthrax)

I. NGUYÊN NHÂN

- Nhọt là viêm nang lông sâu do tụ cầu vàng gây nên. ngay từ lúc khởi phát, các tổ chức trung bì xung quanh và ở giữa nang lông cũng đã bị viêm và hoại tử.

Hậu bối là một tập hợp gồm nhiều nhọt.

Điều kiện thuận lợi để phát nhọt là vệ sinh da kém, da bị sây sước, toàn trạng giảm sút, gầy yếu, mệt mỏi, đường huyết cao, thiếu sinh dưỡng.

II. TRIỆU CHỨNG

- Nhọt khởi đầu là một viêm nang lông, phần cổ nang lông nhiễm cộm lan ra các tổ chức xung quanh, da trên vùng đó trở nên đỏ. Khối viêm tấy càng ngày càng lan to, tạo thành hình chóp nón, phù tại chỗ, ấn vào đau, trên đỉnh có một mụn nhỏ. Về sau hoá mủ toàn bộ. Thành của nang lông và tổ chức trung bì vùng lân cận hoại tử tạo thành cái ngòi của nhọt. Cuối cùng nhọt sẽ vỡ ra, chảy ra một số giọt mủ. Ở miệng nhọt đã vỡ, ngòi của nhọt màu vàng nhạt vẫn dính vào thành của nang lông và ngậm rất nhiều mủ. Có thể lấy ngòi ra bằng một cái kìm, mủ sẽ thoát ra cùng với ngòi, khi hết mủ nhọt sẽ lành và để lại một vết sẹo trên da.
- Nhọt có thể gây biến chứng do nhiễm khuẩn lan rộng. Trầm trọng nhất là viêm tắc tĩnh mạch xoang ở mặt thứ phát sau nhọt khu trú ở môi trên hoặc rãnh mũi má gọi là nhiễm tụ cầu ác tính ở mặt, trước kia thường dẫn đến tử vong. Ngày nay tiên lượng đã thay đổi nhờ có kháng sinh. Nhọt ở ống tai rất đau. Hậu bối là nhiều nhọt cụm lại. Khối viêm rộng, rất đau kèm theo các triệu chứng toàn thân. Nhiều mụn mủ

s://myhanoi.com.vn/

bao bọc chóp của khối viêm về sau vỡ ra tạo thành nhiều miệng. Tổ chức hoại tử tạo thành nhiều ngòi nên phải thời gian lâu sau mới hết mủ. Sau khi lành cụm nhọt tức hậu bối để lại sẹo to xấu, do mất nhiều tổ chức. Cũng có trường hợp hậu bối ác tính lan toả, rất cứng thường xảy ra ở người già yếu, dễ gây tử vong.

- Nhiều nhọt tái phát hàng tháng, hàng năm được gọi là bệnh nhọt, thường gặp ở người gầy yếu, làm việc quá sức nhất là những người bị bệnh đái tháo đường, vì vậy cần kiểm tra đường niệu và đường huyết.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị tại chỗ

Thay đổi tuỳ theo các giai đoạn phát triển của nhọt. Không nên đắp gạc ướt hoặc băng kín, không được nặn nhọt vì làm như vậy nhiễm khuẩn sẽ lan rộng.

a. Ở giai đoạn nhọt khởi phát, có thể dùng dung dịch: iod aceton 15g, bôi lên nhọt ngày 2 lần sáng và chiều tối, vùng da xung quanh bôi cồn long não.

b. Ở giai đoạn nhọt đã phát triển, phun nước cất, dung dịch 1% kẽm sulfat pha với nước muối sinh lý 3 - 4 lần trong ngày hoặc lau sạch phần da trên nhọt bằng ether xong bôi thuốc mỡ collargol 10%, mỡ erythromycin 3%, ichtyol nguyên chất cho đến khi nhọt vỡ mủ.

c. Ở giai đoạn nhọt đã vỡ mủ, lấy ngòi bằng kim đã tiệt khuẩn, lấy nhẹ nhàng không kéo dật. Nếu nhọt chậm vỡ mủ, có thể dùng kim chủng đậu chích cho mủ chảy ra và lấy ngòi. Khi đã hết ngòi và mủ, rửa sạch bằng ether và băng bằng mỡ kháng sinh. Chỉ can thiệp bằng phẫu thuật trong trường hợp nhọt hậu bối rộng. Khi khối viêm nhiễm đã mềm cần chích rộng theo hình chữ thập, tháo mủ và loại bỏ các tổ chức hoại tử với động tác hết sức nhẹ nhàng, tỷ mỉ, rửa vết loét bằng ether hoặc nước oxy già và bằng bằng mỡ kháng sinh.

2. Điều trị toàn thân

Cần điều trị kháng sinh toàn thân sớm liều mạnh và phối hợp. Mặc dù ngày càng nhiều chủng tụ cầu kháng lại kháng sinh nhưng

s://myhanoi.com.vn/

penicilin vẫn thường được sử dụng đầu tiên để điều trị những trường hợp nhọt quan trọng.

Có thể dùng Bipenicilin từ 2 triệu đơn vị đến 4 triệu đơn vị kết hợp với 1g streptomycin tiêm bắp chia 2 lần trong ngày từ 3 - 4 ngày. Nếu không kết quả sử dụng các loại kháng sinh khác như các loại cephalosporin, 2g - 4g ngày, gentamicin 80mg - 120mg/ngày. Trường hợp bệnh rất nặng, nhiễm tụ cầu ác tính ở mặt, chỉ định tiêm truyền tĩnh mạch: kháng sinh, kết hợp với sinh tố C liều cao. Nâng cao thể trạng bệnh nhân.

- Các trường hợp nhọt có tầm quan trọng vừa phải, có thể sử dụng các loại kháng sinh uống như erythromycin, tetracyclin, chloramphenicol, oleandomycin, dựa theo kháng sinh đồ nếu có điều kiện, liều lượng 1 - 2g/ngày trung bình trong 8 ngày.

Điều trị bệnh nhọt tái phát nhiều lần: kết hợp với kháng sinh, cần tiêm thêm các loại vắcxin tụ cầu, stock vắcxin hoặc vắcxin tự thân tiêm dưới da, bắt đầu liều nhỏ (1/4ml tăng dần đến 2ml, tất cả 8 - 10 lần). Mỗi tuần tiêm 1 - 2 lần, khi phản ứng của lần tiêm trước đã hết.

Chế độ ăn uống: hạn chế chất đường, chất bột, rượu tăng cường vitamin và chất đạm.

BỆNH CHỐC
(Impetigo)

Bệnh da thường gặp do nhiễm liên cầu hoặc cả liên cầu khuẩn và tụ cầu kết hợp. Bệnh lây nhất là đối với trẻ em, có thể lây lan thành dịch ở trong gia đình hoặc trường học.

I. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Bắt đầu là một dát nhỏ, sau xuất hiện bọng nước. Bọng nước không căng, to bằng hạt đỗ đến hạt ngô hoặc lớn hơn, chứa chất dịch lúc đầu màu vàng trong, về sau rất nhanh chóng trở thành

s://myhanoi.com.vn/

màu đục và hoá mủ. Bọng nước vỡ ra đóng vẩy tiết màu vàng. Cậy vẩy sẽ thấy một trớt nông, tròn đều đặn, màu đỏ hồng, xung quanh vẩy tiết màu vàng thường có một viền vẩy mỏng. Các bọng nước thường liên kết lại thành mảng, vỡ ra đóng vẩy tiết, giới hạn rất rõ hơi lõm ở giữa. Sau khoảng 8-10 ngày, vẩy tiết sẽ bong đi và còn lại một dát màu thẫm, bong vẩy da và về sau mất đi không để lại dấu vết gì.

Ví trí khu trú thường gặp nhiều nhất là ở mặt, ở má, xung quanh các lỗ tự nhiên, ở da đầu và ở chân tay. Các phần khác của cơ thể ít bị hơn. Ở trẻ em do gãi, vi khuẩn từ chỗ này lan sang chỗ khác làm cho bệnh có thể lan tràn khắp cơ thể.

Thường gặp các tổn thương khác kết hợp do liên cầu như: nứt mép, viêm kẽ sau tai, kẽ mũi má, v.v.v.

Bệnh tiến triển lành tính. Nếu được điều trị đúng phương pháp bệnh có thể lành trong vòng từ 1 đến 2 tuần. Nếu không được điều trị kịp thời, có thể có những biến chứng như viêm hạch bạch huyết biến thành áp xe. Ở trẻ em, nếu chốc lan rộng có thể biến chứng viêm thận.

Có các hình thể lâm sàng như chốc có bọng nước rất to, đường kính từ 4 - 5cm có khi bọng nước rất bé, đường kính từ 1 -3 ly giống như hạt kê. Có trường hợp loét sâu (chốc loét) do độc tố vi khuẩn mạnh trên bệnh nhân suy dinh dưỡng, thường xuất hiện ở chi dưới.

II. ĐIỀU TRỊ

Trường hợp nhẹ chỉ cần điều trị tại chỗ. Điều trị toàn thân chỉ áp dụng trong trường hợp có biến chứng, tổn thương lan rộng hoặc dai dẳng, tái phát nhiều lần.

- Điều trị tại chỗ: làm bong vẩy bằng cách phun nước hoặc dung dịch nước muối đẳng trương, đắp gạc có thuốc tím 1/10.000. Nếu vẩy dày quá dùng mỡ salicylic 2 - 3% bôi ngày 1 lần trong 1 - 2 ngày cho vẩy mềm, sau đó làm bong vẩy và rửa sạch. Các bọng nước chưa vỡ, lấy kéo hoặc kim tiệt khuẩn làm vỡ bọng nước, rửa sạch và bôi thuốc ngày 2 lần.

Dung dịch Milian gồm có: tím gentian 0,25g, xanh methylen 2g, rượu 60^{o} vđ 100ml.

s://myhanoi.com.vn/

Có thể dùng dung dịch nitrat bạc 3 - 5% hoặc dung dịch eosin 2% pha trong rượu 60°.

- Đối với các thương tổn có nhiều vẩy tiết hoặc chảy nước nhiều hoặc diện rộng, cần băng lại về ban đêm, có thể dùng các loại thuốc mỡ, thuốc hồ hoặc thuốc kem kháng sinh, (erthromycin hoặc tetracyclin 2 -3 %) hoặc kem Dalibour. Thuốc mỡ thuỷ ngân oxyd vàng 1 - 5% là loại thuốc mạnh có thể bôi trên vẩy tiết nhưng để phòng thuốc có thể gây viêm da.

Điều trị toàn thân: dùng kháng sinh phối hợp như ampicillin, erythromycin, gentamicin, dựa theo kháng sinh đồ trong trường hợp bệnh nặng lan rộng, trường hợp chốc loét.

Kết với kháng sinh cần nâng cao thể trạng bệnh nhân bằng các loại sinh tố, truyền dịch, truyền đạm nếu cần thiết.

BỆNH CHÀM
(Eczema)

Bệnh chàm là một bệnh da dị ứng xuất hiện do phản ứng viêm của biểu bì ở những người có cơ địa đặc biệt dễ nhạy cảm với những dị nguyên ở ngoài hoặc ở trong cơ thể. Cơ địa có thể có tính chất gia đình, di truyền.

I. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Triệu chứng chính là các mụn nước tập trung thành từng đám trền nền da đỏ do bị viêm. Các mụn nước vỡ ra rất nhanh và chảy nước vàng. Nước vàng khô đọng lại thành vẩy tiết màu vàng. vẩy tiết bong đi và tiếp sau đó là các vẩy da, cũng sẽ bong dần rồi da trở lại bình thường. Bệnh chàm phát thành từng đợt, không đều nhau, bao giờ cũng kèm theo triệu chứng ngứa và hay tái phát. Ngứa nhiều hoặc ít còn phụ thuộc vào từng cá nhân. Thường ngứa nhiều ở giai đoạn đầu của đợt phát bệnh và tăng lên sau đợt phát bệnh mới.

Bệnh chàm tiến triển qua 3 giai đoạn

s://myhanoi.com.vn/

- Giai đoạn cấp tính: mụn nước xuất hiện chi chít trên nền da đỏ, phù. Sau đó, mụn nước vỡ ra chảy rất nhiều nước vàng.
- Giai đoạn bán cấp: ở giai đoạn này da hết phù, bớt đỏ, còn chảy ít nước.
- Giai đoạn mạn tính: bệnh chàm cấp tính tiến triển dai dẳng độ 2 tháng không khỏi sẽ trở thành mạn tính. Lúc đầu trên nền da đỏ xuất hiện nhiều vẩy da, thỉnh thoảng có rỉ nước vàng. Nếu bệnh dai dẳng một thời gian dài hơn, ngứa gãi nhiều, da dày lên, nếp da sâu xuống thành da kẻ ô tức hằn cổ trâu (lichen - hoá).

II. CÁC THỂ LÂM SÀNG

Phân biệt 4 thể lâm sàng chủ yếu sau

1. Chàm thể tạng

- Chàm thể tạng trẻ em: xuất hiện ở trẻ đang bú, bắt đầu từ tháng thứ hai hoặc thứ ba có trường hợp ngay từ tháng đầu. Mụn nước sắp xếp thành từng đám ở hai bên má, trán, trừ mũi, miệng và cằm, thành hình bán nguyệt giống như vành móng ngựa, giới hạn không rõ rệt. Ngứa có thể rất dữ dội làm cho trẻ quấy khóc không ngủ được. Bệnh tiến triển từng đợt và có khuynh hướng lan rộng.
- Chàm thể tạng người lớn: một số trường hợp bệnh chàm thể tạng trẻ em dai dẳng về sau phát ra ở người lớn. Cũng có trường hợp bệnh chàm thể tạng người lớn xuất hiện muộn. Bệnh có tính chất gia đình và di truyền. Vị trí khu trú có thể lúc đầu ở mặt, sau lan ra cổ, thân mình và các chi, nhất là ở các kẽ khớp lớn (kheo chân), thương tổn xuất hiện thành mảng da dày, lichen - hoá, trong đợt vượng bệnh trên bề mặt và bờ các đám thương tổn thấy có các mụn nước rải rác...

2. Chàm vi khuẩn

Xuất hiện ở xung quanh một vết thương nhiễm khuẩn, vết bỏng, vết loét da do giãn tĩnh mạch, không được điều trị. Đặc điểm về

s://myhanoi.com.vn/

lâm sàng là bờ của đám thương tổn rất rõ, hình dạng tròn hoặc bầu dục. Trên bề mặt của đám thương tổn có vẩy tiết, cạy vẩy thấy một lớp da đỏ ướt, có những mụn nước tiết dịch. Vị trí khu trú thường chỉ ở một bên, không đối xứng.

3. Chàm da mỡ

Bệnh phát ra ở vùng da có tăng tiết chất bã: vùng trước ngực, sau lưng (giữa 2 xương bả vai) rãnh mũi - má lông mày và da đầu. Khởi đầu là những dát đỏ ở nang lông, trên có các vẩy tiết màu vàng. Các thương tổn liên kết với nhau thành mảng kích thước không đều và có ranh giới rõ rệt, cạy vẩy thấy rỉ nước trên toàn bộ thương tổn.

4. Chàm tiếp xúc

Do tác dụng kích thích của các chất tiếp xúc trong nghề nghiệp hoặc trong sinh hoạt. Vị trí khu trú ở vùng da hở tương ứng với chất tiếp xúc gây bệnh. Triệu chứng lâm sàng là những mụn nước liên kết với nhau thành đám. Các mụn nước vỡ ra chảy nước vàng đóng vẩy tiết qua các giai đoạn tiến triển như trong bệnh chàm bình thường nhưng ít có tính chất đa dạng hơn.

III. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

Ở giai đoạn cấp tính: có những ổ xốp bào ở lớp tế bào gai dẫn đến hình thành nhiều khoảng trống chứa chất dịch, các tế bào lympho và một số tế bào đa nhân trung tính. Ở trung bì, các mạch máu giãn rộng xung quanh có thâm nhiễm gồm tế bào lympho, một số thực bào. Trường hợp chàm mạn tính, dày lớp gai, ở lớp sừng, có hiện tượng á sừng rõ, ở trung bì có thâm nhiễm tế bào. Các tổ chức liên kết phù.

IV. ĐIỀU TRỊ

Điều trị bệnh chàm phụ thuộc vào từng bệnh nhân, căn cứ vào tuổi, giới và toàn trạng. Điều trị cơ bản nhất là tìm được căn nguyên gây bệnh, loại trừ hoặc làm giảm bớt tác hại của yếu tố gây bệnh từ môi trường bên ngoài hoặc từ bên trong cơ thể do rối loạn chức năng nội tạng.

s://myhanoi.com.vn/

1. Điều trị tại chỗ

- Trường hợp cấp tính và bán cấp tính, sử dụng các loại thuốc chống viêm, hút nước và giảm ngứa dưới dạng dung dịch, đắp gạc như dung dịch nitrat bạc 0,25%, dung dịch (tanin) 1%, dung dịch kẽm sulfat và đồng sulfat 0,1%, dung dịch Jarish gồm có acid boric 10g, glycerin 20g, nước cất 1000ml. Sau khi dịu bệnh dùng thuốc hồ hoặc thuốc mỡ ichtyol 1 - 2%, naptalen 5 - 10%, goudron 5 - 10%, hoặc các loại thuốc bôi corticoid như sicorten, Flucinar, triamcinolon 1- 2%.
- Chiếu tia cực tím từng vùng, tăng dần đến tối đa 3 - 5 liều sinh vật.

2. Điều trị toàn thân

- Các thuốc giải cảm không đặc hiệu như sau: natri hyposulfit, calci cholorua, dung dịch 10% tiêm tĩnh mạch mỗi ngày 5 - 10ml.
- Các loại thuốc an thần chống ngứa. dung dịch natribromua 2 - 3%, mỗi ngày uống 2 - 3 lần mỗi lần 5ml. Dung dịch novocain 1% tiêm tĩnh mạch, tiêm dưới da hoặc uống (5 - 10ml) hoặc các loại thuốc ngủ (Seduxen, meprobamat, v.v...)
- Các loại kháng histamin tổng hợp như Phenergan, Dimedrol, prometazin, diosolin v.v.. liều lượng 0,05 - 0,1g mỗi này chia làm 2 - 3 lần (uống sau bữa ăn), có thể dùng các loạt không gây buồn ngủ như: Histalong, clarityn uống ngày 1 viên 10mg, uống lúc đói.
- Các loại sinh tố như sinh tố C, sinh tố PP, B2, B6.
- Các loại corticoid như prednisolon, triamcinolon chỉ dùng ngắn ngày trong trường hợp bệnh nặng mà các loại thuốc thông thường không có kết quả.
- Chế độ ăn uống: hạn chế nước, muối, chất kích thích.
- Thay đổi khí hậu

s://myhanoi.com.vn/

BỆNH GHẺ

I. CĂN NGUYÊN

Bệnh ghẻ do ký sinh trùng ghẻ Sarcoptes Scabiei gây nên. Nơi ở chật chội, thiếu vệ sinh là điều kiện thuận lợi cho bệnh ghẻ lan tràn. Bệnh xuất hiện ở bất kỳ lứa tuổi nào. Ký sinh trùng bệnh ghẻ hình quả trứng dẹt, có kích thước từ 1/3 đến 1/4mm, mầu trắng bẩn, có 4 đôi chân, 2 đôi trước có 2 vòi để hút. Con cái to hơn con đực và đào luống trong biểu bì để đẻ trứng. Ấu trùng ghẻ từ trứng nở chui ra khỏi luống tạo nên một mụn nước và qua vài lần thay đổi để trở thành con ghẻ trưởng thành, sinh sản và làm phát triển bệnh. Con ghẻ thường đào hang về ban đêm nên hay ngứa nhiều về đêm và lây lan cho người cùng chăn chiếu. Có thể lây gián tiếp qua đồ dùng quần áo, bàn tay nhưng hiếm gặp hơn.

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Thời kỳ ủ bệnh

Trung bình từ 7 - 10 ngày.

2. Thời kỳ khởi phát

Ngứa là triệu chứng chính. Ngứa lúc đầu khu trú ở các kẽ ngón tay, kẽ vú ở phụ nữ, rãnh quy đầu ở nam giới, kẽ mông đít ở trẻ con rồi ngứa lan dần nhanh chóng ra toàn thân.

3. Thời kỳ toàn phát

Có những đặc điểm sau

a. Ngứa: ngứa nhiều hoặc ít tuỳ từng người nhưng bao giờ cũng có ngứa. ngứa nhiều về ban đêm lúc đắp chăn ấm.

b. Các thương tổn cơ bản: luống ghẻ là triệu chứng chính, như một vết sước rất nhỏ trên da thành đường thẳng hoặc hơi cong, dài khoảng 4 - 5mm, tận cùng bằng một chấm rất bé trắng hoặc

s://myhanoi.com.vn/

hơi nâu. Nếu lấy mũi kim khêu nhẹ lớp thượng bì sẽ bắt được con cái ghẻ. Muốn nhìn rõ hơn có thể một giọt dung dịch màu (xanh methylen) trên luống ghẻ, độ 5 phút sau rửa đi, chất màu sẽ ngấm vào luống ghẻ và nổi rõ trên da.

Mụn nước trong như hạt ngọc, đứng riêng rẽ, bé như hạt tấm.

c. Khu trú: bệnh ghẻ có thể lan tràn khắp cơ thể nhưng thông thường hay khu trú ở các kẽ như kẽ ngón tay, mặt trước cổ tay, mặt sau khuỷu tay, nách, vú, quy đầu, rốn. Ở trẻ em, thường hay khu trú vào lòng bàn chân, kẽ mông.

d. Ngoài những thương tổn điển hình trên, bệnh ghẻ thường kèm theo các thương tổn do biến chứng: mụn mủ do bội nhiễm, mụn nước do chàm hoá, vết sước da do gãi.

III. ĐIỀU TRỊ

- Nguyên tắc phải điều trị triệt để mọi người trong gia đình hoặc tập thể, nếu không, bệnh sẽ trở lại, không bao giờ khỏi. Điều trị kết hợp với phòng bệnh, vệ sinh cá nhân: tắm rửa, luộc quần áo, tẩy uế chăn màn giường chiếu, cách ly bệnh nhân. Đối với ghẻ biến chứng như nhiễm khuẩn, chàm hoá cần điều trị các biến chứng làm giảm bớt sự kích thích da do biến chứng rồi sau đấy dùng các loại thuốc trị ghẻ.
- Thuốc và phương pháp điều trị
  + Dùng thuốc mỡ Milian gồm có; kali polysulfua 10g, vaselin và lanolin mỗi thứ bằng nhau 45g.
  + Thuốc mỡ Baume Perou 10%
  + Thuốc mỡ DDT 5 - 10%.

Bôi mỗi ngày 2 lần sáng và chiều trong 3 - 4 ngày. ngày thứ 4 hoặc thứ 5 tắm bằng xà phòng thay quần áo sạch. Dùng lưu huỳnh tân sinh: bôi dung dịch natri hyposulfit 40% pha trong nước, đợi khô trong 10 - 15 phút sau đó bôi chồng lên trên dung dịch acid clohydric 4%. Sau 20 - 30 phút bôi lần thứ 2 cả 2 loại thuốc như trên. Thay quần áo sạch.

- Dùng nhũ dịch như benzoat benzyl 20% đối với người lớn, 10% đối với trẻ em.

s://myhanoi.com.vn/

- Bôi nhũ dịch lên trên thương tổn trong 15 phút. Sau 10 phút bôi lần thứ 2.

Ngày thứ 2 tiếp tục điều trị như trên. Sau 3 ngày tắm xà phòng thay quần áo sạch.

- Dùng DEP (diethyl phtalat) bôi ngày 2 lần, sáng và tối. Tắm thay quần áo sạch hàng ngày hoặc 2 ngày 1 lần. Tránh bôi trên niêm mạc.

Thuốc y học dân tộc: bôi dầu máu chó, có thể dùng cho trẻ em có kết quả tốt nhưng hơi chậm. Có thể tắm các thứ lá ba gạc, lá khế, lá xoan, lá đào, v.v.. tránh chà xát mạnh vì có thể chàm hoá.

BỆNH PHONG

I. ĐẠI CƯƠNG

Còn gọi là bệnh phung ở Miền Trung, bệnh cùi ở Miền Nam, hay bệnh hủi; ngày nay thống nhất gọi là bệnh phong.

II. CĂN NGUYÊN VÀ CÁCH LÂY

1. Căn nguyên

Do trực khuẩn được Armauer Hansen phát hiện từ năm 1873, thuộc chủng Mycobacterium, nên có tên là Mycobacterium leprae, còn gọi là trực khuẩn Hansen. Trực khuẩn có hình trụ đều đặn, thẳng hoặc hơi cong, dài từ 1,5 đến 6 micromet, rộng từ 0,2 đến 0,45 micromet, nhuộm Ziehl - Neelsen bắt màu đỏ tươi, đứng riêng rẽ hoặc thành bó, thành đống. Đã tiêm truyền và làm trực khuẩn nhân lên được ở gan bàn chân chuột và ở con tatou (tức armadillo). Chưa nuôi cấy được trên môi trường nhân tạo. Hiện nay, nước ta và trên thế giới đang thử nuôi cấy.

2. Các lây truyền

- *Đường thái vi khuẩn* chủ yếu là qua niêm mạc mũi, niêm mạc họng và thanh hầu, nhất là của những bệnh nhân

s://myhanoi.com.vn/

phong u, tức thể L, trong những lúc nói to, hò hét, xỉ mũi, khạc nhổ ra ngoài. Vi khuẩn còn có thể được bài xuất ra ngoài qua các tổn thương da bị lở loét. Trong sữa, tinh dịch, nước tiểu, phân bệnh nhân không có hoặc hiếm gặp trực khuẩn Hansen.

- *Trực khuẩn Hansen* đột nhập vào cơ thể chủ yếu qua da bị sây sát hoặc lở loét. Chúng ta ở xứ nhiệt đới, quần áo sơ sài, thường đi chân đất, nên dễ bị sây sát da thịt. Qua các số liệu của tác giả nước ngoài nghiên cứu ở Việt Nam, cũng như các công trình nghiên cứu của Khoa da liễu Bệnh viện Bạch Mai, 82% đến 90% số bệnh nhân có thương tổn đầu tiên phát ra ở những vùng da hở, không có quần áo che phủ, trong đó 50% ở chi dưới.
- Vi khuẩn có thể đột nhập bằng con đường hô hấp, nhưng là con đường rất thứ yếu chưa được xác định trên lâm sàng. Trong thực tế, các thương tổn ở niêm mạc mũi, họng hay bộ phận sinh dục, hậu môn đều là những thương tổn thứ phát, xuất hiện nhiều năm sau ngày bắt đầu phát bệnh.
- Tính chất lây truyền bệnh phong

Bệnh phong lây truyền hạn chế và đòi hỏi nhiều điều kiện thuộc chủ quan (sức đề kháng, miễn dịch, da sây sát...) và khách quan (gặp bệnh nhân thể lây, nhất là thể L chỉ chiếm khoảng 20 - 30% tổng số bệnh nhân ở Việt Nam) Việc lây truyền qua sinh vật trung gian chưa được xác minh.

3. Điều kiện thuận lợi cho việc lây truyền

- Tuổi: thuận lợi nhất cho việc lây truyền là từ 5 đến 20 tuổi, trong đó dễ bị lây nhất xung quanh 10 tuổi.
- Vệ sinh cá nhân kém

III. TRIỆU CHỨNG

1. Thời kỳ ủ bệnh

Trung bình từ 2 đến 3 năm, hiếm có trường hợp mới ra đời vài tháng đã mắc bệnh, có trường hợp ủ bệnh đến 32 năm.

s://myhanoi.com.vn/

2. Những triệu chứng đầu tiên

Khi mới phát, bệnh phong thường thể hiện bằng những triệu chứng kín đáo, thể lành tính, cho nên nếu phát hiện sớm, điều trị sớm sẽ nhanh chóng có kết quả.

Những triệu chứng sớm hay gặp nhất là:

a. Loạn chứng ngoài da có thể thấy được

Các dát hay đỏ hồng ban, dát thẫm màu, hay giảm sắc tố.

b. Loạn chứng cảm giác

Hay gặp nhất là triệu chứng "tê", nghĩa là giảm hoặc mất cảm giác đau, có khi cả cảm giác nóng lạnh.

Có khi thấy cảm giác kiến bò, mạng nhện bám vào mặt hoặc tự nhiên thấy liệt mặt, nổi phồng nước hoặc tăng cảm giác ở một vùng da...

3. Thời kỳ toàn phát

Các triệu chứng thuộc nhiều loại khác nhau tuỳ theo từng giai đoạn của bệnh, bệnh nhân có thể có một số trong các loại triệu chứng sau đây, hoặc có tất cả các loại nếu bệnh đã tiến triển lâu ngày mà không được chữa chạy gì. Trong tất cả các triệu chứng thì 'tê" tức là mất hay giảm cảm giác là hay gặp nhất.

a. Loạn chứng ngoài da

- Các loại dát
  - + *Dát đỏ hay hồng ban:* hơi bóng mỡ, tê (mất hoặc giảm cảm giác đau, cảm giác nóng lạnh).
  - + *Dát thâm*: từ màu cà phê nhạt đến màu nâu, đen.
  - + *Dát trắng*: màu da hơi nhạt hay trắng bệch ở một vùng
- Các loại củ: có thể to bằng hạt tấm hay đầu đinh ghim, ăn nông (củ nhỏ) hoặc to hơn, bằng hạt đỗ, hạt ngô, ăn sâu xuống trung bì sâu (củ to). Các củ có thể rải rác hay tập trung ở rìa các đám, trong khi vùng trung tâm hơi trũng xuống, thành sẹo.
- Các u phong, mảng cộp: có khi trông như dát, như củ, hoặc thành nút, ăn sâu xuống trung bì và hạ bì, không có giới

s://myhanoi.com.vn/

hạn rõ rệt, mầu hồng hơi tím, bóng mỡ, cảm giác thất thường, có khi tăng cảm giác. Các thương tổn này thuộc về thể phong u (thể L).

b. Loạn chứng cảm giác

Tê là triệu chứng hay gặp nhất, châm kim không biết hay ít biết đau, kề lửa ít hoặc không biết nóng.

Có trường hợp chỉ hơi bì bì, có khi lại quá nhạy cảm.

c. Loạn chứng bài tiết

- *Da bóng mỡ*: do tăng tiết chất bã.
- *Mất mồ hôi:* phát hiện bằng biện pháp Minor hay biện pháp Smith.

d. Loạn chứng thần kinh

Hay gặp nhất là viêm các dây thần kinh trụ, thần kinh giữa, thần kinh hông khoeo ngoài. Các dây thần kinh có thể to đều, hoặc thành chuỗi hạt. Dây thần kinh cổ nông có thể bị viêm to, thấy được khi nhìn chếch ánh sáng.

e. Loạn chứng vận động

Nặng hay nhẹ là tuỳ mức độ teo cơ và viêm dây thần kinh

- Ở chi trên: teo mô cái, mô út (bàn tay bẹt), teo cơ liên cốt, tay "cò" tức vuốt trụ.
- Ở chi dưới: co các ngón, teo cơ nhóm trước ngoài cẳng chân, chân đi "cất cần".
- Ở mặt: các cơ bị teo làm vẻ mặt đờ ra, mất linh hoạt.

g. Loạn chứng dinh dưỡng

- Lông mày rụng: ở 1/3 ngoài
- Loét ổ gà (lỗ đáo): ổ loét tròn, đáy nhợt nhạt, lỳ, không đau, hay gặp ở các chỗ tỳ đè. Xương có thể bị viêm.
- Chín mé tê: ở đầu các ngón tay, dai dẳng, có thể viêm xương.
- Rụt: xương bị thưa, rồi tiêu dần làm cho các ngón rụt ngắn lại.

h. Loạn chứng ngũ quan

- Mũi: sổ mũi dai dẳng, chảy máu cam, xẹp sống mũi.

s://myhanoi.com.vn/

- Miệng và thanh hầu: viêm lưỡi, lợi, môi, viêm họng, thanh hầu gây khản tiếng.
- Mắt: viêm kết mạc, giác mạc, viêm mống mắt, có thể gây mù.

IV. Chẩn đoán bệnh phong

Chẩn đoán sớm là vô cùng quan trọng

1. Chẩn đoán xác định

a. Dựa vào lâm sàng: dát hồng, thâm hoặc trắng, củ, mảng cộp, u phong, kèm theo rối loạn cảm giác (tê, bì bì hoặc tăng cảm giác), có khi có cả các triệu chứng khác về thần kinh, dinh dưỡng, vận động... Chú ý vị trí dái tai, và phải khám toàn bộ da.

b. Dựa vào xét nghiệm vi khuẩn

- Tai niêm mạc mũi: làm 7 ngày liền, mỗi ngày thử một lần.
- Tại thương tổn da: dùng phương pháp khía lấy tiết dịch bì hay "nhoay sinh tiết" (cắt một mảnh ở bờ thương tổn, nghiền nát lên phiến kính, nhuộm Ziehl - Neelsen và soi).
- Tại hạch và dây thần kinh, nếu có điều kiện.

c. Dựa vào giải phẫu bệnh lý: tham nhiễm lan toả, không ranh giới, có tế bào Virchow (bệnh phong thể L), hoặc thâm nhiễm không đặc hiệu xung quanh mao quản (bệnh phong thể I), hoặc thành hình nang (phong thể I).

2. Chẩn đoán phân loại

Dựa vào bốn tiêu chuẩn chính: lâm sàng, vi khuẩn học, giải phẫu bệnh lý, miễn dịch học.

Tất nhiên việc phân loại này không thật tuyệt đối: giữa hai thể cực (thể T một bên cực và bên kia là thể L), còn có rất nhiều thể trung gian, do tương quan giữa vi khuẩn và sức đề kháng (miễn dịch) của cơ thể quyết định, trong đó có thể β tức thể biên giới hay còn gọi là thể lưỡng dạng, có các đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn học, giải phẫu bệnh lý và miễn dịch học vừa mang tính chất của thể T, vừa mang một số tính chất của thể L.

s://myhanoi.com.vn/

Bảng phân loại bệnh phong

Tiêu chuẩn	Phong củ (thể T)	Phong u (thể L)	Phong bất định (thể I)
Lâm sàng			
- Da	Củ to hay nhỏ ranh giới rõ, đám củ có bờ rõ	U phong, mảng cộp, không có ranh giới	Dát hồng thâm hay trắng, ranh giới rõ
- Thần kinh	- Tê - Dây thần kinh to không đều (chuỗi hạt)	- Quá nhạy cảm - Dây thần kinh to vừa nhưng đều đặn	- Tê hay bì bì - Dây thần kinh to đều đặn
Vi khuẩn học	BH (+) 33% ở thể T nhỏ, 60% ở thể T to	BH (+): 100% ở thể u	BH (+): 1/3 số ca (nhoáy sinh thiết)
Giải phẫu bệnh lý	Hình nang, giới hạn rõ gồm bán liên, lympho, tế bào khổng lồ	Thâm nhiễm u hạt không có giới hạn rõ, có tế bào Virchow	Thâm nhiễm không đặc hiệu xung quanh mao quản bị viêm
Miễn dịch học	Mitsuda (+) mạnh	Mitsuda (-)	Mitsuda (±)

3. Chẩn đoán phân biệt

a. Chứng tê: là một triệu chứng rất hay gặp ở bệnh phong và có giá trị rất lớn để giúp phát hiện bệnh. Tuy vậy, cần phân biệt với:

- Chứng tê do chiến thương, chấn thương vào thần kinh.
- Chứng tê do bệnh rỗng tuỷ xương (syringomyélie) thường có kèm theo mất một phản xạ gân.

b. Chứng mũi đỏ, trứng cá đỏ: có mụn trứng cá, da bóng mỡ không có rối loạn cảm giác.

c. Bệnh mũi cà chua: mũi sần sùi, mềm, đỏ, nặn ra chất bã lầy nhầy.

d. Bệnh lang ben: trên dát trắng có vẩy mịn như cám, xét nghiệm thấy sợi nấm, ngứa khi nóng bức chứ không tê dại.

đ. Bệnh lupus lao: dễ nhầm với phong củ (thể T), song củ lao rất mềm, màu ngả vàng, châm kim xuống dễ dàng, không tê.

s://myhanoi.com.vn/

e. Ung thư da: cũng thành đám, có thể lên sẹo ở giữa giống như phong thể T, song có bờ gờ cao như bờ con chạch, rất rắn và không tê.

g. Một số bệnh da do máu (hématodermie): cũng có nhiều đám thâm nhiễm hoặc thành u, song không có rối loạn cảm giác, toàn thể trạng bị ảnh hưởng nhanh chóng. Xét nghiệm vi khuẩn học và tế bào học giúp chẩn đoán phân biệt.

V. ĐIỀU TRỊ

Bệnh phong ngày nay không còn là "nan y" nữa, có thể chữa khỏi được, tất nhiên kết quả chóng hay chậm còn tuỳ thuộc vào thể bệnh, sức đề kháng của cơ thể, bệnh được phát hiện sớm hay muộn.

Là một bệnh trường diễn, bệnh nhân chịu tác dụng của thuốc một cách khác nhau, nhưng nói chung đòi hỏi một thời gian điều trị liên tục từ 5 đến 7 năm trở lên nếu dùng DDS và 6 tháng đến 2 năm nếu dùng đa hoá trị liệu. Sau khi sạch hết vi khuẩn và thương tổn, cần theo dõi, để đề phòng tái phát và kịp thời xử trí các phản ứng muộn.

1. Các loại thuốc dùng trong điều trị bệnh phong

a. Dầu đại phong tử (huile de chaulmoogra)

Đã được dùng trong nhiều thế kỷ trước đây, hiện nay đã được thay thế bằng nhiều loại thuốc khác có tác dụng và tiện sử dụng hơn.

b. Sulfon gốc.

Tức là diamino - diphenyl - sulfone, do Fromm và Witaman tổng hợp, biệt dược là Disulon, Dapson là thuốc được dùng phổ cập nhất hiện nay nhờ tác dụng kìm khuẩn và diệt khuẩn, không độc, tiện dụng và giá thành hạ. Liều lượng được chỉ định hiện nay là 1,5mg/kg/ngày, tức là 100mg mỗi ngày đối với người lớn. Thời gian điều trị là 5 - 7 năm trở lên, cứ mỗi ngày uống 2 viên loại 50mg, kèm theo viên sắt để chống tác hại gây thiếu máu nhược sắc (nhẹ) của thuốc. Dùng đơn hoá trị liệu bằng DDS đơn thuần đã gây nên hiện tượng trực khuẩn Hansen kháng DDS rất bất lợi cho công cuộc

s://myhanoi.com.vn/

điều trị và thanh toán bệnh phong. Ngày nay, người ta không dùng DDS đơn thuần để chữa phong nữa.

c. Các loại sulfamid

Bao gồm

- Sulfamethoxypyridazin (Sultiren, Lederkyn).
- Sulfadimethoxyn (Madribon)
- Sulfamethoxypyrimidin (Bayrena)

Cả ba loại này được dùng dạng viên 250mg.

Liều lượng: cứ cách một ngày uống 750mg (3 viên). Với liều đó, sẽ có một đậm độ trung bình trong máu khoảng 32 mg/lít, đủ để chữa bệnh và có thể uống dài ngày.

- Sulfocthomidin (Fanasin): là thuốc chậm tiêu, rất hay dùng ở Châu Phi để điều trị tại nhà. Thuốc có dạng viên hàm lượng 500mg. Liều lượng: mỗi tuần uống 1,5g (3 viên)

Tác dụng: trong thể L, sulfamid có tác dụng tương đương hoặc có phần hơn DDS, nhưng đối với phong thể củ (T) thì tác dụng của nó nhanh hơn DDS lại không có khuynh hướng gây thoái hoá thần kinh như DDS. Như vậy, các sulfamid chậm tiêu như Sultirene và Fanasin, nên được dành đặc biệt để điều trị các thể phong củ và thần kinh.

Các loại sulfamid này ngày nay rất ít được sử dụng

d. Clofazimin (B663 Geigy)

Biệt dược là Lampren của hãng Ciba Geigy, là một aposafranin, chất màu, dẫn xuất từ riminophenazin. thuốc có dạng viên con nhộng chứa 100mg hoạt chất.

- Thuốc có tác dụng đặc hiệu tốt với liều lượng 100mg mỗi ngày, hoặc 600mg mỗi tuần cho uống 1 lần.
- Thuốc có thể dùng điều trị các cơn phản ứng (hồng ban nút do phong tức ENL) với liều lượng 200mg hay cao hơn tuỳ bệnh nặng nhẹ.
- Thuốc còn có tác dụng đối với các chủng trực khuẩn Hansen kháng với DDS và các sulfamid khác.

Liều lượng: mỗi ngày cho uống 200mg trong 3 tháng, sau đó cho tiếp tục mỗi ngày 100mg.

s://myhanoi.com.vn/

e. Rifampixin

Là một dẫn xuất từ các chất lên men của một loại nấm Streptomyces mediterranei. Sensi (người Ý) và cộng sự đã tổng hợp thành một dẫn xuất mới gọi là rifamyxin AMP tức rifampixin metyl 4 - piperainil - I - iminometyl - 3 - rifampixin SM.

Thuốc có dạng viên chứa 300mg tinh chất, biệt dược là Rimactan và Rifadin.

Liều lượng: tuỳ trường hợp và tuỳ tác giả. Có thể cho: liều hàng ngày 600mg hoặc liều hàng tuần 900mg.

2. Đa hoá trị liệu

Để tránh hiện tượng kháng thuốc, ngày nay người ta không dùng đơn hoá trị liệu bằng DDS nữa. Thay vào đó, Y tế thế giới khuyến cáo dùng đa hoá trị liệu phối hợp nhiều vị thuốc diệt khuẩn với nhau.

Phác đồ điều trị của Y tế thế giới đề ra năm 1982 như sau.

- Đối với nhóm nhiều vi khuẩn, tức BH (+) cụ thể với thể L và thể B (và một số BT có nhiều thương tổn):
  - + Rifampixin 600mg + Clofazimin 300mg + DDS 100mg. Mỗi tháng uống 1 lần, có kiểm tra (uống trước mắt thầy thuốc).
  - + Clofazimin 50mg + DDS 100mg: bệnh nhân tự uống hàng ngày tại nhà.
  - + Thời gian điều trị 24 tháng (đến 1997, đề nghị rút xuống 12 tháng).
- Đối với nhóm ít vi khuẩn, tức BH (-), cụ thể đối với T và I:
  - + Rifampixin 600mg + DDS 100mg. Mỗi tháng uống 1 lần, có kiểm tra (uống trước mặt thầy thuốc).
  - + DDS 100mg: bệnh nhân tự uống hàng ngày tại nhà. Thời gian điều trị 6 tháng

Thực tế áp dụng ở Việt Nam và nhiều nước khác trên thế giới, kết quả điều trị rất tốt, bệnh giảm nhanh, số tái phát bệnh không đáng kể.

s://myhanoi.com.vn/

BỆNH GIANG MAI

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh giang mai là một bệnh nhiễm khuẩn mạn tính, lây truyền chủ yếu qua đường tình dục, do xoắn khuẩn giang mai (Treponema pallidum) đã được Schaudinn và Hoffmann tìm thấy năm 1905. Bệnh tiến triển qua nhiều thời kỳ có thể ăn vào tất cả các tổ chức của cơ thể, có khi ngấm ngầm, có khi rầm rộ biểu hiện bằng nhiều loại triệu chứng khác nhau, mang hình thái của nhiều bệnh nội, ngoại khoa, lắm khi rất khó chẩn đoán.

II. PHÂN LOẠI BỆNH

Sau thời kỳ ủ bệnh, trung bình khoảng 3 tuần lễ, bệnh sẽ lần lượt thể hiện qua nhiều thời kỳ khác nhau.

1. Giang mai mới và lây, bao gồm:

- *Giang mai thời kỳ thứ nhất,* thường biểu hiện bằng một thương tổn đơn độc, gọi là săng giang mai.
- *Giang mai thời kỳ thứ 2*, thường phát ra 6 - 8 tuần lễ sau khi có săng giang mai.
- *Giai đoạn đầu của thời kỳ giang mai kín: có thể kéo dài đến hết năm thứ hai.*
- *Giang mai thời kỳ 2 tái phát:* thường xuất hiện vào cuối năm thứ 2 của bệnh, các thương tổn thường giống giang mai thời kỳ thứ 2, có khi giống giang mai thời kỳ thứ nhất, song các thương tổn có tính chất khu trú và thâm nhiễm sâu hơn.

2. Giang mai muộn và không lây

Thường bắt đầu từ năm thứ 3 của bệnh, được phân chia như sau:

a. Giai đoạn muộn của thời kỳ giang mai kín: có thể kéo dài nhiều năm, không có triệu chứng lâm sàng.

s://myhanoi.com.vn/

b. Giang mai thời kỳ thứ 3, ăn sâu vào:

- Da, niêm mạc, tổ chức dưới da
- Các cơ quan vận động; xương, cơ, khớp...
- Các phủ tạng, tim mạch, thần kinh.

3. Giang mai bẩm sinh

- *Giang mai bẩm sinh sớm*: phát bệnh khi bệnh nhi dưới 2 tuổi, các thương tổn thường thuộc thời kỳ thứ 2 và rất lây.
- *Giang mai bẩm sinh muộn*: phát hiện từ 3 tuổi trở lên, các thương tổn thường giống thời kỳ thứ 3 của giang mai mắc phải.
- *Di chứng giang mai bẩm sinh*: các sẹo hoặc dị hình do các thương tổn giang mai ở thai nhi để lại.

III. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Thời kỳ thứ 1

Săng giang mai là một vết trợt nông, xuất hiện 3- 4 tuần lễ sau khi lây bệnh.

- Hình tròn hay bầu dục đều đặn, bề mặt bằng phẳng.
- Màu đỏ thịt tươi, thường không có mủ máu bám ở trên.
- Lấy hai ngón tay bóp vào thấy nền rắn mỏng như tờ bìa.
- Bao giờ cũng có kèm theo hạch ở vùng tương ứng, thường có nhiều hạch rắn, không đau, không đỏ, di động dưới tay, không dính vào da, không dính vào tổ chức sâu và không làm mủ, nếu không bị nhiễm khuẩn phụ.

2. Thời kỳ thứ 2

Không điều trị, sang giang mai cũng tự lành sau 1 - 2 tháng, nhưng xoắn khuẩn lan tràn theo đường máu, nên các thương tổn phát ra khắp người, mặc dầu chỉ ăn nông trên da. Các thương tổn gồm có: đào ban (vết hồng màu hoa đào), mảng niêm mạc (vết trợt, vết nứt hoặc sẩn trợt ở các niêm mạc sinh dục, hậu môn, niêm mạc miệng) có nhiều xoắn khuẩn và rất lây. Nhiều hạch nhỏ nổi lên ở bẹn, nách, cổ, dưới cằm, sau tai v.v..

s://myhanoi.com.vn/

Có nhiều khi bệnh nhân rụng tóc, nhức đầu về đêm, sốt nhẹ. Các sẩn giang mai thời kỳ thứ 2 có tính da dạng (sẩn hình bán cầu, màu đỏ đồng, sẩn có vẩy, sẩn có mụn thành hình vành khăn). Càng về cuối thời kỳ 2 các vi khuẩn càng thâm nhập sâu và có tính khu trú hơn, có khi khu trú quanh bộ phận sinh dục, hậu môn (thời kỳ thứ 2 tái phát).

3. Thời kỳ giang mai kín

Không có triệu chứng lâm sàng, song các phản ứng huyết thanh đều dương tính.

4. Thời kỳ thứ 3

Thường thì sau năm thứ 3, nhưng có trường hợp 20 - 30 năm sau mới xuất hiện các thương tổn của thời kỳ thứ 3. Ở thời kỳ này, ngược hẳn với thời kỳ thứ 2, các thương tổn thường khu trú ở một vùng của cơ thể, nhưng ăn sâu và phá hoại tổ chức.

Các thương tổn da bao gồm

- Các củ, sắp xếp thành hình cung, hình tròn, hình nhẫn, rắn chắc (giang mai củ).
- Gôm giang mai: tiến triển qua 4 giai đoạn
  + Hình thành cục cứng, ranh giới rõ rệt, nằm trong hạ bì.
  + Giai đoạn mềm: cục cứng đó mềm dần, từ nông vào sâu.
  + Giai đoạn loét: ổ loét có bờ tròn đều và đứng thành
  + Giai đoạn thành sẹo

Nếu không điều trị, giang mai thời kỳ 3 sẽ tiến triển nhiều năm, ăn sâu vào các phủ tạng, xương khớp, gan mạch máu, thần kinh...

5. Giang mai bẩm sinh

Giang mai không phải là bệnh di truyền, mà là một bệnh bẩm sinh, lây từ mẹ sang con từ khi còn là thai nhi nằm trong bụng mẹ; bắt đầu bị lây từ tháng thứ 5 của thời kỳ thai nghén. Các biểu hiện chính là:

- *Giang mai thai nhi*: sẩy thai, thai chết lưu, thai bị nát, đẻ chết ngay...

s://myhanoi.com.vn/

- *Giang mai bẩm sinh sớm*: các thương tổn thường xuất hiện 2 - 3 tuần lễ hoặc 2 - 3 tháng sau khi đẻ, thuộc thời kỳ thứ 2 hoặc thời kỳ thứ 3. Hay gặp nhất là các mụn phỏng ở lòng bàn tay, bàn chân, nứt chân chim, chốc mép ở hai bên mép, lách to, gan to, viêm xương và sụn gây giả liệt, v.v..
- *Giang mau bẩm sinh muộn:* xuất hiện khi em bé đã 5 - 6 tuổi hoặc khi đã trưởng thành. Các thương tổn thuộc thời kỳ thứ 3 như: gôm giang mai, thương tổn ở xương khớp, phủ tạng, thần kinh v.v..
- *Di chứng giang mai bẩm sinh:* tam chứng Hutchinson (răng cửa chéo vào nhau, hình tuốc-nơ-vít + mắt lác + điếc nhất thời), trán dô, mũi hình yên ngựa, xương chày lưỡi kiếm v.v..

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Dựa vào lâm sàng

- *Giang mai thời kỳ thứ 1*: săng giang mai với nền rắn mỏng đặc biệt.
- *Giang mai thời kỳ thứ 2:* đào ban màu phớt hồng, mảng niêm mạc, hạch tràn lan, sẩn đa dạng lan toả toàn thân hoặc khu trú xung quanh hậu môn, sinh dục (rất hay gặp), rụng tóc v.v.
- *Giang mai thời kỳ thứ 3*: gôm giang mai, thương tổn phủ tạng, xương khớp, rất dễ nhầm với nhiều bệnh nội khoa khác.

2. Dựa vào huyết thanh chẩn đoán

- Cần làm *một phức hợp phản ứng huyết thanh* bao gồm ít ra là một phản ứng lên bông như V.D.R.L, Kahn citochol và có thể kết hợp với một phản ứng kết hợp bổ thể như B.W cổ điển, B.W kolmer, Hecht...(nay rất ít dùng)
- Để chẩn đoán nhanh, người ta làm phản ứng RPR (Rapid plasma reagin card test)
- Để chẩn đoán chắc chắn, nhất là trong những trường hợp nghi ngờ, cần làm những xét nghiệm đặc hiệu hơn bằng

s://myhanoi.com.vn/

kháng nguyên đặc hiệu là xoắn khuẩn giang mai tức T.P.I (Treponema pallidum immobilisation's test), hoặc xoắn khuẩn giang mai đã được cố định trên phiến kính như phản ứng kháng thể xoắn khuẩn huỳnh quang (FTA 200) và phản ứng kháng thể xoắn khuẩn huỳnh quang có triệt hút tức FTA - ABS (fluorescent treponemal antibody absorption test) là những phản ứng vừa đặc hiệu vừa nhạy cảm, lại dương tính sớm, trang thiết bị cần thiết lại đơn giản hơn TPI nhiều. Gần đây, phản ứng ngưng kết hồng cầu có gắn kháng nguyên xoắn khuẩn giang mai, tức T.P.H.A (Treponema pallidum hemagglution's test) dùng kháng nguyên là xoắn khuẩn giang mai đã được đánh tơi bằng siêu âm. Phản ứng này đã có những kết quả đặc hiệu, kỹ thuật lại rất đơn giản, có thể đọc kết quả bằng mắt thường dựa vào hình ảnh kết tủa đặc biệt và có thể tiến hành ở những cơ sở không có điện.

3. Dựa vào xét nghiệm vi khuẩn học

Riêng đối với những trường hợp giang mai mới (thời kỳ 1 và 2), nếu soi trực tiếp trên kính hiển vi nền đen thấy có xoắn khuẩn giang mai hình lò so di động, có thể xác định bệnh một cách chắc chắn.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Phác đồ điều trị cổ điển

Asen + thuỷ ngân + bismut

Thời gian điều trị cần kéo dài 4 năm liền: cho kết quả tốt song các thuốc trên độc tính cao, gây nhiều tai biến, có khi chết người, thêm vào đó, thời gian điều trị quá dài nên nhiều bệnh nhân bỏ dở trị liệu. Vì những lẽ đó, hầu hết các nước trên thế giới ngày nay không còn dùng phác đồ điều trị cổ điển nữa.

2. Phác đồ điều trị sử dụng ở Việt Nam

Ngày nay ở nước ta cũng như hầu hết các nước trên thế giới đều dùng penicillin G để chữa giang mai. Sinh vật học phân tử đã giúp ta biết rõ cơ chế diệt xoắn khuẩn của penicillin G, nhờ ái tính

s://myhanoi.com.vn/

đặc biệt của nguyên tử carbon trong nhân beta lactamase đối với các men transpeptidase của xoắn khuẩn. Kết quả là men này bị ức chế và men đối lập là lysozym sẽ tăng cường hoạt động làm cho vỏ xoắn khuẩn không còn vững chắc nữa, áp lực nội tại của xoắn khuẩn càng tăng lên, đến cuối cùng xoắn khuẩn bị nổ tung và chết.

Như vậy, muốn phát huy được tác dụng tốt của penicillin G ta cần tuân thủ một số quy tắc nhất định:

- Penicillin có tác dụng tối ưu trong thời kỳ xoắn khuẩn đang sinh sôi phát triển. Nói một cách khác, càng chữa sớm, penicillin càng cho kết quả tốt; đặc biệt đối với giang mai thời kỳ 1 và 2, nếu điều trị đúng quy cách thì kết quả sẽ nhanh chóng.

- Liều lượng penicillin không nên quá thấp vì không có tác dụng, nhưng không nên cao quá vì nó sẽ làm hạn chế tác dụng của thuốc. Trung bình, cần có từ 0,07 đến 0,2 đơn vị penicillin trong một ml huyết thanh bệnh nhân và giữ nguyên nồng độ đó thường xuyên đều đặn trong khoảng 15 đến 30 ngày...

- Vì lẽ đó, tiện nhất là nên dùng loại penicillin chậm tiêu, tốt nhất là benzathin - pencilin hay pencilin procain. Các loại thuốc này đã được sử dụng ở Việt Nam theo phác đồ sau đây:

a. Đối với giang mai mới mắc (săng giang mai, giang mai 2 sơ phát, giang mai kín sớm mà TPI còn âm tính):

Tiêm 2.400.000 UI benzathin penicillin G, tiêm một lần, mỗi bên mông 1.200.000 UI. Liều lượng này có thể đủ để khỏi bệnh.

Để có kết quả thật chắc chắn, nên tiêm thêm một lần 2.400.000 UI benzathin penicillin G nữa, mỗi bên mông 1.200.000 UI, 7 đến 10 ngày sau lần tiêm thứ nhất. Tổng liều là 4.800.000 UI benzathin penicillin G.

b. Đối với giang mai ở giai đoạn muộn hơn (giang mai 2 tái phát, giang mai kín muộn có TPI (+), giang mai 3, giang mai phủ tạng).

s://myhanoi.com.vn/

Mỗi lần tiêm benzathin penicillin G 2.400.000 UI, chia làm 2, mỗi bên mông 1.200.000 UI, tiêm bốn lần, cách nhau 7 - 10 ngày. Tổng liều là: 9.600.000UI.

Nếu có điều kiện có thể tiêm thêm hai đợt bitmut (bijochinol cách nhau 1 tháng, mỗi đợt 40 - 50ml, mỗi tuần tiêm hai lần, mỗi lần 3ml vào mông để giúp âm tính hoá các phản ứng nhanh hơn).

c. Đối với giang mai bẩm sinh sớm (dưới 2 tuổi)

Trẻ em ít dung nạp procain, nhất là trẻ dưới 30 tháng, vì vậy chỉ nên dùng benzathin penicillin G mà thôi.

Liều lượng: mỗi lần tiêm 50.000 UI/kg thể trọng, tiêm 3 lần, cách nhau 7 ngày.

Tổng liều lượng là: 150.000UI/kg thể trọng

d. Đối với giang mai bẩm sinh muộn (trẻ em dưới 12 tuổi)

Benzathin penicillin G mỗi lần tiêm 50.000 UI/kg thể trọng, tiêm 4 lần, cách nhau 7 ngày. tổn liều lượng là 200.000 UI/kg thể trọng.

e. Đối với sản phụ bị giang mai

Phác đồ điều trị áp dụng tuỳ thuộc vào thời kỳ của bệnh. Điều trị bằng benzathin penicillin G trog thời kỳ có thai sẽ chữa khỏi cho cả sản phụ cùng thai nhi (điều trị kịp thời, em bé ra đời sẽ hoàn toàn lành lặn).

f. Trị liệu ngăn chặn: đối với những người mới có quan hệ tình dục với người khác mắc bệnh giang mai mà chưa có triệu chứng gì, những người chẳng may được truyền máu của bệnh nhân giang mai, hoặc đối với những em bé mới đẻ mà mẹ bị giang mai nhưng không được điều trị hay điều trị không đúng đắn, có thể điều trị ngăn chặn bằng benzathin penicillin G tiêm một lần 2.400.000UI (mỗi bên mông 1.200.000I). Trị liệu này cũng có tác dụng phòng bệnh trong 2 - 3 tuần lễ kể từ ngày tiêm.

g. Đối với những trường hợp không có benzathin penicillin G thì có thể dùng penicillin procain (P.A.M, jenacilin...) tiêm 3 ngày 1 lần hoặc tiêm sáng chiều tuỳ thuộc loại thuốc. Cũng có thể dùng benzyl penicilin G (loại chóng tiêu), song pải tiêm 2 - 3 giờ một phát, tiêm mỗi ngày 1.000.000 UI cho đến tổng liều lượng là 30.000.000 UI (30ngày).

s://myhanoi.com.vn/

h. Đối với bệnh nhân dị ứng penicillin

- Tetracyclin: 2 -3 g mỗi ngày, trong 10 - 20 ngày.
- Erytromycin: 2- 3g mỗi ngày, trong 15 - 20 ngày (kém tác dụng hơn tetracyclin).

BỆNH LẬU

I. NGUYÊN NHÂN

Bệnh lậu do lậu cầu khuẩn (neisseria gonorrhoeae tức gonocoque) gây nên. Đó là một loại song cầu khuẩn hình hạt cà phê, gram (-) nằm trong tế bào và độc chiếm tế bào. Có thể nuôi cấy trên môi trường thạch máu, môi trường Thayer - Martin.

Lây truyền do giao hợp trực tiếp. Trẻ mới đẻ có thể bị lây từ mẹ bị lậu trong khi đẻ, gây viêm kết mạc do lậu, có thể dẫn tới mù loà.

II. TRIỆU CHỨNG

Thời kỳ ủ bệnh: trung bình 2 - 3 ngày.

1. Ở nam giới

Hay gặp thể lậu cấp nhiều hơn thể mạn

Thể cấp: miệng sáo đỏ, có mủ vàng, đặc. Đái buốt có khi rất buốt (như dao cắt). Thử bằng hai cốc, nếu chỉ viêm niệu đạo trước thì cốc đầu đục: nếu viêm toàn bộ niệu đạo (cả niệu đạo trước và sau), thì cả hai cốc đều đục.

Thể mạn: các triệu chứng kín đáo hơn, chỉ có tý mủ ở miệng sáo vào buổi sáng hoặc nước tiểu vẩn đục, có sợi. Đái tức và hơi buốt. Có thể sờ thấy niệu đạo hơi rắn (như một ống xe điếu).

2. Ở nữ giới

Hay gặp bệnh lậu thể mạn

s://myhanoi.com.vn/

Thể cấp: ít gặp vì các triệu chứng không có gì rầm rộ, thường rất kín đáo. Bệnh nhân đi đái luôn, có thể đái ra máu, có khi đái hơi buốt. Cổ tử cung hơi đỏ, có mủ hơi xanh. Mủ thường lẫn với các chất tiết dịch khác ở bộ phận sinh dục nữ nên rất khó biết, làm cho bệnh nhân không để ý đến và bỏ qua giai đoạn cấp tính, không điều trị gì.

Thể mạn: hầu như không có triệu chứng gì đáng kể, có khi chỉ thấy ít khí hư, có đi đái hơi buốt, nóng. Bệnh nhân đi khám phụ khoa và chỉ sau khi nuôi cấy song cầu khuẩn lậu dương tính thì mới biết là bị bệnh.

Thể bán cấp: triệu chứng tương tự như thể cấp nhưng ở mức độ nhẹ hơn, tiền sử bệnh lâu hơn.

III. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng và tiền sử bệnh. Cần xét nghiệm lậu cầu khuẩn trực tiếp và nuôi cấy, nếu có điều kiện.

Kỹ thuật

Đối với nam giới; sau khi lau sạch miệng sáo, dùng một quai bằng bạch kim (anse de platine) đã diệt khuẩn, bằng cách hơ lên đèn cồn, cho sâu vào trong niệu đạo, cách miệng sáo 1cm lấy một ít mủ hoặc dịch tiết phết lên phiến kính, nhuộm gram và soi kính hiển vi.

Đối với nữ giới: lấy ở sáu chỗ khác nhau để tìm vi khuẩn riêng rẽ ở từng vị trí, cụ thể: ở miệng niệu đạo (cũng lấy sâu vào niệu đạo 1cm), ở hai tuyến Skene (trái và phải riêng), ở hai tuyến Bartholin (trái và phải riêng) ở cổ tử cung (cũng lấy sâu 1cm). Gần đây nhiều tác giả khuyên nên lấy bệnh phẩm ở hậu môn và hạch nhân nữa.

Nếu thấy song cầu hạt cà phê, gram (-) nằm trong tế bào là kết quả dương tính: bệnh nhân mắc bệnh lậu.

IV. BIẾN CHỨNG

1. Ở nam giới

Viêm tuyến Littre, viêm tuyến tiền liệt, viêm mào tinh hoàn, viêm tinh hoàn, viêm khớp xương, hẹp niệu đạo...

s://myhanoi.com.vn/

2. Ở nữ giới

Viêm tuyến Skene, viêm tuyến Bartholin, viêm tử cung viêm vòi trứng, viêm buồng trứng (vô sinh)

Trong thời gian bị bệnh cần nghỉ ngơi, tránh đi lại, vận động, kiêng cưỡi ngựa, đi xe đạp, thức đêm... để tránh các biến chứng nói trên.

V. ĐIỀU TRỊ

Đối với bệnh lậu, penicillin G vẫn là thuốc tốt hơn cả. Đa số lậu cầu ngày nay đã kháng lại streptomycin và penicillin. Có một điều chú ý là penicillin cần được dùng với liều cao, liều lượng thường dùng là:

1. Penicillin procain

Liều lượng được sử dụng ở Việt Nam cũng như ở nhiều nước trên thế giới là 4.800.000 UI đến 5.000.000 UI, tiêm 1 phát vào bắp thịt. trước khi tiêm 1 tiếng đồng hồ, nên phối hợp cho uống 1g probenexit (hay probenimit) để làm chậm penicillin và tăng đậm độ penicillin trong máu. Có thể dùng trị liệu phút, chỉ tiêm một lần, hoặc tiêm 2 - 3 ngày tuỳ từng trường hợp.

Có thể cho uống cùng một lúc

Ampicilin: 3,5g, kết hợp với

Probenexit: 1,0g.

Kết quả cũng tương đương như penicillin, mà đây lại là thuốc uống, tiện dùng hơn.

Đối với những hợp dị ứng với penicillin hoặc kháng penicillin, thì phải thay thuốc khác, tốt nhất là Thiamphenicon, spectinomycin, ceftriaxon và ciprofloxacin.

2. Thiamphenicon

Là một dẫn xuất của cloramphenicol, nhưng ít độc hơn và được đào thải chủ yếu qua đường tiết niệu, nên có tác dụng rất tốt trong điều trị lậu.

Liều lượng: 2,5g uống liều duy nhất.

s://myhanoi.com.vn/

Ucfamyxin là một biệt dược, dùng Ucfamyxin tiêm vào bắp thịt, liều lượng 0,75g, tiêm một lần. Với liều lượng 1,5g, uống 3 - 5 ngày cũng cho kết quả tốt.

3. Spectinomycin

Thuộc nhóm amino - xycliton: phân lập được năm 1960 từ streptomyces spectabilis, biệt dược: Trobicin Upjohn.

Tác dụng: ức chế sự tổng hợp protein của song cầu khuẩn lậu bằng cách làm thay đổi thành phần và chức năng của nguyên sinh chất và màng tế bào của song cầu khuẩn lậu. Một số thí nghiệm cho thấy spectinomycin với đậm độ 180 microgram/ml huyết thanh có thể ức chế 99% lậu cầu trong vòng 10 phút.

Độc tính: không có gì, chịu thuốc tốt. Chỉ có vài tác dụng phụ nhỏ; đau chỗ tiêm, chóng mặt, buồn nôn, ngây ngất sốt...

Liều lượng

- Nam giới: liều duy nhất 2g (1ống), tiêm bắp thịt.
- Nữ giới: liều duy nhất 4g (2 ống), tiêm bắp thịt, mỗi bên mông một phát (2g): spectinomycin là một kháng sinh mới, dễ sử dụng: có công hiệu tốt, và là một trong ba loại thuốc được lựa chọn để điều trị lậu.

4. Ceftriaxon

(Rocephine) 250mg tiêm bắp liều duy nhất - Hoặc Ciprofloxacin 500mg uống, liều duy nhất, cũng cho kết quả tốt, nhất là khi bệnh nhân kháng penicillin.

5. Ngoài các loại thuốc trên

Ta có thể dùng các loại thuốc hạng nhì có tác dụng điều trị lậu

- Sulfamethoxazon - trimetroprim (bactrim - eusaprim), mỗi viên có 100mg sulfamethoxazon và 80mg trimetroprim.

Liều lượng: mỗi ngày uống 2 lần, mỗi lần 4 viên. Uống trong 2 - 4 ngày.

- Tetracyclin: uống 2,5g (tức 10 viên loại 0,25g), uống liều duy nhất. Hoặc ngày đầu uống 1,5g một lúc, tiếp đến 4 ngày sau, mỗi ngày uống 4 lần, mỗi lần 0,5g (2 viên).

s://myhanoi.com.vn/

- Erytromycin: viên 0,25g, uống một lúc 10 viên (2,5g).
- Rifampicin: viên 0,3g, uống một lúc 3 viên (300mg), uống một lần (trị liệu phút).
- Bệnh nhân lậu thường nhiễm đồng thời C. Trachomatis nên điều trị lậu cần kết hợp điều trị cả C. Trachomatis theo phác đồ sau:
- Ceftriaxon 280mg tiêm bắp liều duy nhất.

  Hoặc Cefixim 400mg uống liều duy nhất.

  Hoặc Ciprofloxacin 500mg uống liều duy nhất.

  Hoặc Ofloxacin 400mg uống liều duy nhất.

  Hoặc Spectinomycin 2g tiêm bắp liều duy nhất

  phối hợp với:

Azitromycin 1g uống liều duy nhất hoặc Doxycyclin 100mg uống 2 lần/ngày trong 7 ngày.

BỆNH AIDS

1. Tên gọi

Là một bệnh lần đầu tiên được phát hiện và được gọi là một thực thể lâm sàng từ năm 1981 ở Hoa Kỳ (USA). Người ta gọi là acquired immuno deficiency syndrom viết tắt là AIDS.

Những người nói tiếng Pháp thì gọi đó là syndrome d'immuno - déficience acquise, viết tắt là SIDA.

Việt Nam chúng ta gọi là bệnh AIDS hoặc bệnh giảm miễn dịch, viết tắt là GMD, vừa gọn, vừa dễ nhớ, lại lột tả được đặc điểm cơ bản của bệnh là sự suy giảm miễn dịch của cơ thể người bệnh.

2. Bệnh AIDS

Đã trở thành một vụ dịch lớn trên thế giới, đặc biệt nghiêm trọng là ở Mỹ, châu Âu, châu Phi, châu Úc và lây lan sang châu Á.

s://myhanoi.com.vn/

3. Bệnh gây tử vong cao

Chưa có thuốc chữa, chưa có vắcxin để phòng bệnh, và đã gây nên những tâm trạng hỗn loạn, lo âu ở nhiều nơi trên thế giới.

4. Tuy vậy về căn nguyên

Về cơ chế sinh bệnh, về con đường lây lan thì khoa học đã xác định khá chính xác. Biện pháp ngăn chặn lây lan ngày nay đã là mối quan tâm chung của chính phủ các nước.

II. DỊCH TỄ HỌC CỦA BỆNH GMD

1. Từ năm 1981 đến 15/6/1987, trên thế giới đã có 53.121 người mắc bệnh GMD, trong đó 50% đã tử vong

Châu Mỹ (chủ yếu là Hoa Kỳ) =	42.009 ca
Châu Phi (chủ yếu là Trung Phi) =	4.584 ca
Châu Âu (chủ yếu là Tây Âu) =	5.846 ca
Châu Úc (chủ yếu là Úc) =	521 ca
Châu Á (lẻ tẻ một số nước) =	161 ca
Tổng cộng trên toàn Thế giới =	53.121 ca
(báo cáo của 141 nước)	

Đến tháng 12/1987, tổng số bệnh nhân AIDS toàn phát trên thế giới đã lên tới 71.000 bệnh nhân. Ngoài ra trên toàn thế giới còn có khoảng 5 - 10 triệu người đã nhiễm HIV, có phản ứng huyết thanh dương tính với HIV.

Đến tháng 12/1988, số bệnh nhân AIDS trên toàn thế giới là 129.378 ca.

Đến 12/ 1989, số đó là 203.599 ca

Đến 30/10/1990, số đó đã là 298.014 ca

Đến 1/10/ 1991, số đó đã lến tới 418.00 ca đã được báo cáo cho OMS.

Tính đến giữa năm 1999, trên thế giới đã có 33,6 triệu người bị nhiễm HIV 12,9 triệu người đã chết vì AIDS - ước tính mỗi ngày

s://myhanoi.com.vn/

trên thế giới sẽ có 16.000 người mới nhiễm. Nơi có số người nhiễm HIV cao nhất thế giới là vùng sa mạc Sahara ở châu Phi chiếm tới 22,5 triệu người.

Đến giữa năm 1995, theo thông báo của OMS, trên toàn thế giới có khoảng 20 triệu người bị nhiễm HIV (+) trong đó có 1,5 triệu là trẻ em và khoảng 4,5 triệu người lớn và trẻ em bị AIDS, trong khi theo thống kê của các nước thì chỉ cí 1.169.811 bệnh nhân AIDS mà thôi.

Ở Việt Nam:

- Năm 1991: phát hiện ca (HIV (+) đầu tiên ở TP. Hồ Chí minh
- Đến 7/1997
  + Số ca HIV (+): 6.228.
  + Số bệnh nhân AIDS: 860
  + Số tử vong: 471
  + Số tỉnh có bệnh nhân HIV (+): 53/61 tỉnh, thành phố.
- Tính đến 6 - 12 - 1999 toàn quốc đã phát hiện 16.816 trường hợp nhiễm HIV trong đó 2966 trường hợp đã diễn biến thành AIDS và 1549 trường hợp đã bị tử vong. 61/61 tỉnh thành phố đều đã có bệnh nhân HIV (+).

2. Tóm tắt đặc điểm dịch tễ học bệnh AIDS trên thế giới

Ở Mỹ và châu Âu: đại đa số do quan hệ tình dục đồng giới, lưỡng giới, do tiêm ma tuý tĩnh mạch, một số do truyền máu.

Ở châu Phi: bệnh lây lan chủ yếu do gái điếm và quan hệ tình dục khác giới. Chưa xác định được các yếu tố gây nguy cơ mắc bệnh cao.

Ở châu Đại Dương: do luyến ái đồng giới và lưỡng giới và do truyền máu nhiễm HIV.

Ở châu Á: sơ bộ có thể nghi rằng bệnh lây lan do truyền máu, luyến ái đồng giới, lượng giới và khác giới với gái điếm. Đến nay sự lây lan qua quan hệ tình dục khác giới giữa nam và nữ càng ngày càng phổ biến làm tiêu hao nhân lực mạnh mẽ. Dịch bệnh đang lan rộng ở châu Á, kể cả ở Việt Nam.

s://myhanoi.com.vn/

II. CĂN NGUYÊN

- Tháng 1.1983, nhóm nghiên cứu ở viện Pasteur Paris đã phát hiện được căn nguyên của bệnh AIDS là một loại retrovirus, được đặt tên là virus LAV (lymphadenopathy associated virus), chiết xuất từ hạch bệnh nhân (LucMontagnier, Jean Claude Chermann và Francoise Barre Sinoussi).
- Tháng 4/1984, giáo sư người Mỹ Robert Gallo lại tái phát hiện loại Vitrovirus đó, và ông gọi là HTLV - III (Human T cell Lymphotropic Virus, type III).
- Do đặc điểm chủng loại, hiện nay người ta gọi retrovirus đó là "virus gây suy giảm miễn dịch ở người tức HIV (human immuno - deficiency virus).

Virus HIV rất dễ bị bất hoạt bằng các yếu tố vật lý và chất sát khuẩn:

Trong dung dịch, HIV sẽ bị phá huỷ ở nhiệt độ 56^{o} trong 20 phút. Trong sản phẩm đông khô (yếu tố 8) nó sẽ bị tiêu diệt ở nhiệt độ 68^{o} sau 2 giờ đồng hồ.

- HIV bị bất hoạt sau vài phút tiếp xúc với hypochlorid glutaraldehyd, ethanol 40 - 70%, phenol, formaldehyd hoặc cả ở môi trường có độ pH quá cao hoặc quá thấp.

Về cơ chế sinh bệnh

- HIV ưu tiên nhiễm vào các lympho bào mang kháng nguyên T4+, sẽ nhân lên và chỉ nhân lên trong tế bào lympho T được hoạt hoá.
- HIV cũng nhiễm vào và nhân lên ở các tế bào đơn nhân, đại thực bào, tế bào B chuyển dạng và tế bào thần kinh ở não (cũng có kháng nguyên T4+).
- HIV cũng đã được phân lập ở hầu hết các loại dịch thể của cơ thể:
  + Trong huyết tương: 100 - 25.000 virus HIV/1ml (trong viêm gan B = 108/1ml huyết tương)
  + Trong tinh dịch
  + Trong nước não tuỷ, chất nhầy cổ tử cung, âm đạo sữa mẹ, nước bọt, nước mắt, nước tiểu, nhưng ở nồng độ thấp hơn.

s://myhanoi.com.vn/

IV. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG CỦA NHIỄM HIV (HIV - INFECTION)

Nhiễm HIV sẽ dẫn đến một phổ rộng về bệnh cảnh lâm sàng, mà giai đoạn cuối cùng là bệnh giảm miễn dịch (tức AIDS) một trạng thái lâm sàng trầm trọng nhất.

Có thể phân loại như sau

A. NHIỄM HIV SƠ PHÁT (PRIMARY HIV INFECTION)

1. Biểu hiện cấp tính của nhiễm virus HIV

Trong 2 - 6 tuần lễ đầu tiên: có những biểu hiện cấp tính giống như bệnh tăng cao bạch cầu đơn nhân (acutemononucleosis like) với những triệu chứng như: sốt, mồ hôi trộm, lơ mơ, đau cơ, khớp, nhức đầu, đau bụng, đau hạch, ỉa chảy, phát ban đỏ, sợ ánh nắng, có khi bệnh biểu hiện nặng đòi hỏi phải nằm điều trị nội trú vì mất nước, viêm não, màng não.

Có thể xuất hiện một số di chứng của nhiễm virus huyết, loét miệng do aphtơ, bong vẩy, tăng tiết chất bã, vẩy nến.

2. Nhiễm HIV, huyết thanh dương tính nhưng không có triệu chứng lâm sàng

- Không có triệu chứng lâm sàng
- Phân lập được HIV từ máu và các dịch tiết khác.
- Đáp ứng miễn dịch có thể bình thường hoặc có suy giảm.

3. Nhiễm HIV, nhưng huyết thanh âm tính

Có thể có hoặc không bị suy giảm miễn dịch, rất khó chẩn đoán.

4. Có các nhiễm khuẩn thừa cơ nhẹ

Biểu hiện ở các cơ quan hoặc hệ tổ chức

a. Hội chứng ở hệ tiêu hoá: chốc mép, viêm lưỡi, viêm lợi, viêm ruột, ỉa chảy kéo dài (HIV có tính hướng ruột).

b. Hội chứng ở hệ hô hấp: chảy nước mũi, viêm xoang.

c. Hội chứng ở da

- Zona, nhiễm khuẩn da do tụ cầu, viêm nang lông, chốc bọng nước, đinh nhọt, áp xe.

s://myhanoi.com.vn/

- Tăng tiết chất bã, viêm da quanh miệng, quanh mắt, vẩy nến: rất hay gặp.
- Chứng khô da
- Herpes do virus (HSV)
- Hột cơm, sùi mào gà, u mềm lây.
- Nhiễm nấm candida, nấm da lâu khỏi.

d. Hội chứng tâm thần, thần kinh: chán nản, cáu gắt, thay dổi nhân cách, nhức đầu kéo dài, dấu hiệu khu trú.

B. PHỨC HỢP Á - AIDS (Adis related complex tức ARC) HAY HỘI CHỨNG VIÊM HẠCH BẠCH HUYẾT (lymphadenopathy syndrome viết tắt là LAS).

Là biểu hiện lâm sàng kinh diễn của nhiễm HIV thường kéo dài 3 tháng hoặc lâu hơn:

- Viêm hạch kéo dài, tồn lưu, lan toả: ngoài vùng bẹn ra còn có thêm ở 2 - 3 nhóm khác: cổ (phía trước, phía sau), vùng chẩm, nách.
- Ỉa chảy, mồ hôi trộm, mệt mỏi, sút cân.
- Có khi có cả nhiễm nấm men candida ở miệng, sốt kéo dài, thiếu máu, giảm tiểu cầu, lách to (tiên lượng xấu).
- Có khi chỉ đơn thuần viêm hạch lan toả tồn lưu, tức chứng PGL (persistant generalized lymphadenopathy).

C. BỆNH GIẢM MIỄN DỊCH TOÀN PHÁT, TỨC BỆNH AIDS (= SIDA hay full - blown AIDS)

Đây là giai đoạn cuối cùng của nhiễm virus HIV tiến triển thành AIDS hoàn chỉnh.

Định nghĩa của trung tâm khống chế bệnh lây (CDC) của Mỹ:

AIDS là một hội chứng biểu hiện khá rõ một trạng tháng suy giảm miễn dịch trung gian tế bào mắc phải nhưng không biết nguyên nhân (không phải do thuốc hay một bệnh nào trước đó). Các biểu hiện chủ yếu như sau:

s://myhanoi.com.vn/

1. Các nhiễm khuẩn thừa cơ

a. Ở hệ tiêu hoá

- Ỉa chảy nặng, kép dài do cryptosporidium cytomegalovirus (CMV) hoặc mycobacterium intracellulare hoặc không rõ nguyên nhân.
- Viêm niêm mạc thực quản do candida, gây khó nuốt và đau xương ức.
- Sarcom Kaposi, u lympho ở dạ dày, ruột, gây chảy máu.

b. Ở bộ phận hô hấp

- Viêm phổi do pneumocystis carnii rất hay gặp: đặc biệt ở đây các chứng khó thở, ho khan, thâm nhiễm phổi thường được hình thành từ từ.
- Có trường hợp do cytomegalovirus (CMV), hay legionella pneumophilia.

c. Ở hệ thần kinh trung ương

- Viêm màng não, áp xe do cryptococcus neoformans và Herpes simplex virus và HIV.
- U lympho và toxoplasmose do toxoplasma gondii.
- Loạn trí tuần tiến (progressive dementia) do nhiễm CMV

d. Ở da

- Các tổn thương da và niêm mạc do Herpes simplex virus (HSV), đặc biệt kéo dài, tồn tại lâu trên 1 tháng.
- Các biểu hiện như: Herpes miệng, sinh dục, quanh hậu môn, zona, u mềm lây, sùi mào gà v.v.. đều mang tính chất lan toả rộng, kéo dài và nặng hơn các thể bệnh cổ điển.
- Viêm da đầu, viêm tấy hình cánh bướm tựa như trong lupus đỏ, hội chứng móng tay vàng (yellow nail syndrom) bạch sản ở bờ lưỡi v.v..

e. Sốt kéo dài không rõ nguyên nhân, kèm theo mệt mỏi, sút cân.

Ở một số ca người ta tìm thấy mycobacterium avium intracellutare ở tủy sống, hạch hoặc gan (sinh thiết gan).

s://myhanoi.com.vn/

2. Các u ác tính

a. Sarcom kaposi:

- Màu đỏ tía, không đau, số lượng nhiều ở da, ở hạch và các bộ phận khác.
- Có nhiều trung tâm (multicentric).
- Xuất hiện ở bất cứ vùng da nàođ(lòng bàn tay, bàn chân, miệng, hầu, mông ngực, lưng)
- Có thể lan toả vào vùng phủ tạng
- Hay gặp ở luyến ái đồng giới nam

b. U lympho không phải Hodgkin (non - Hodgkin's lymphoma)

- Nguồn gốc là những u lympho B
- Thường có chứa Epstein - barr virus (EBV)
- U sơ phát thường ở thần kinh trung ương, sau lan sang tuỷ, xương, dạ dày, ruột và da.

3. Đặc điểm miễn dịch học

a. Đối với hệ miễn dịch trung gian tế bào (CMI): suy giảm rõ rệt

- Test da: âm tính với tuberculin, trichophytin v.v..
- Số lượng lympho T4 (+) giảm (T4+↓).
- Số lượng lympho T8 (+) tăng, nhất là giai đoạn đầu (T8+↑).
- Tỷ suất T4/T8 giảm: T4(+)/ T8 (+) < 0,6 (bình thường T4(+)/T8 (+) ≥ 1,5).
- Chuyển dạng lympho (TTL) giảm
- Chức năng gây độc tế bào giảm

b. Đối với hệ miễn dịch dịch thể

Có thể tăng hoặc giữ mức bình thường

IgG, IgA, IgD tăng lên

Các phức hợp miễn dịch tăng, tuy nhiên không có giá trí chẩn đoán.

V. ĐIỀU TRỊ

Hiện nay người ta đang tìm thuốc điều trị và đang đi vào các hướng sau đây

s://myhanoi.com.vn/

1. Tìm thuốc tiêu diệt HIV

Chưa được, vì hai lý do

- HIV "trốn" trong các tế bào mà chúng xâm nhập: thuốc sẽ diệt cả tế bào.
- HIV nhiễm vào tế bào não mà đa số thuốc lại không vượt qua được hàng rào máu não

2. Tìm thuốc chống sự sinh sản và lan toả của HIV sang tế bào khác

Hiện nay có hai loại thuốc có triển vọng đang được thí điểm tại Ý và Úc, Âu: azidothymidin AZT và ribavirin.

Cả hai loại này đều là thuốc uống, và có thể vượt hàng rào máu - não, tuy nhiên có nhược điểm:

- Giá thành quá đắt. Ngày uống 6- 10 viên giá 10 - 20 đô la Mỹ.
- Phải dùng thuốc suốt đời.
- Gây thiếu máu nặng: đã xảy ra ở 1/4 số bệnh nhân sau 4 - 8 tuần lễ dùng thuốc

3. Tìm thuốc phục hồi chức năng của hệ thống miễn dịch đã bị tổn hại

- Interferon
- Interleukin - 2.

4. Tìm những phương pháp thay thế miễn dịch

- Tiêm truyền lympho
- Ghép tuỷ
- Ghép tuyến ức

Có một số kết quả nhưng cần theo dõi thêm

Cho đến nay, trong khi chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, người ta dùng các thuốc để chữa các nhiễm khuẩn thừa cơ như: viêm phổi, nhiễm nấm da, nấm men, ỉa chảy, ung thư.

Mặt khác người bệnh cần lạc quan tin tưởng, tăng cường, bảo vệ sức khoẻ bằng luyện tập đều đặn, ăn uống theo chế độ bồi dưỡng,

s://myhanoi.com.vn/

nghỉ ngơi, tránh sang chấn tâm thần... Đó là một phần quan trọng của trị liệu.

Cần tránh các yếu tố làm suy giảm miễn dịch thêm như: các bệnh nhiễm khuẩn, các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác, ma tuý, thuốc lá, rượu. Đồng thời có sự hỗ trợ về tâm lý xã hội của gia đình và tập thể

IV. PHÒNG VÀ CHỐNG BỆNH

Bệnh AIDS lây truyền bằng ba cách

- Quan hệ tình dục với người có bệnh
- Tiếp xúc trực tiếp với máu và sản phẩm máu hoặc dùng kim nhiễm HIV.
- Từ mẹ sang con ở thời kỳ bào thai hoặc khi sinh đẻ.

Vậy muốn phòng bệnh cần tránh hoặc chống lại 3 cách lây lan trên, cụ thể là

1. Để tránh lây nhiễm qua đường tình dục thì cần phải

- Không quan hệ tình dục với nhiều người. Tốt nhất là "thủy chung", một vợ một chồng.
- Không quan hệ tình dục với người thuộc nhóm nguy cơ cao hoặc có nhiều quan hệ phức tạp
- Không giao hợp hậu môn (luyến ái đồng giới),
- Dùng bao dương vật (khi quan hệ đồng giới hay khác giới).

2. Để tránh lây nhiễm do tiếp xúc trực tiếp với máu và sản phẩm của máu, kim tiêm, bơm tiêm bị nhiễm HIV... thì phải

- Chỉ tiêm và truyền máu khi thật cần thiết.
- Kiểm tra máu và các sản phẩm máu trước khi dùng
- Kiểm tra cẩn thận thường kỳ máu của người cho máu, trước khi quyết định lấy nhau.
- Kiểm tra và tiệt khuẩn máu và sản phẩm máu nhập nội
- Bảo đảm bơm tiêm, kim tiêm, kim lấy máu, kim xâm chậm, kim châm cứu, kim xâu tai được tiệt khuẩn đúng quy cách và không có mầm mống bệnh (HIV).

s://myhanoi.com.vn/

3. Tránh lây từ mẹ sang con, ta cần

- Giáo dục, khám nghiệm các thai phụ để phát hiện nhiễm HIV.
- Thông báo trước cho các sản phụ đã bị nhiễm HIV về nguy cơ có thể có của thời kỳ có thai và khi sinh nở đối với cháu bé.

4. Công tác chống lan tràn trong nhân dân

Nội dung chủ yếu như sau:

- Giáo dục kiến thức về bệnh AIDS cho cán bộ và nhân dân bằng mọi hình thức, chú ý đặc biệt các đối tượng có nguy cơ cao, thanh thiếu niên (có chương trình giáo dục thích hợp).
- Giám sát dịch tễ, định kỳ có trọng điểm, chú ý đặc biệt các thành phố lớn, các hải cảng, các đối tượng nghi ngờ có nguy cơ cao.
- Xây dựng và kiểm tra chặt chẽ quy chế vô khuẩn khử khuẩn các dụng cụ xuyên qua da, các loại kim tiêm, châm cứu, dụng cụ mổ xẻ.
- Kiểm tra người cho máu, các sản phẩm máu được nhập nội có quá trình khử khuẩn hữu hiệu.
- Xây dựng một số cơ sở xét nghiệm để có điều kiện phát hiện bệnh, chủ yếu bằng các thử nghiệm huyết thanh cơ bản như ngưng kết, ELISA, rồi phát triển dần các kỹ thuật khác. Xây dựng labo thẩm vấn.
- Xây dựng chương trình quốc gia chống bệnh AIDS với chỉ tiêu hoạt động cụ thể, có kế hoạch hợp tác quốc tế để nâng cao khả năng phát hiện và phòng chống xâm nhập và lan tràn.

s://myhanoi.com.vn/

Phần
THẦN KINH

Biên soạn: PGS.TS. NGUYỄN CHƯƠNG

s://myhanoi.com.vn/

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 chẩm, 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: mắt mờ, tai nghe kém, ù tai như ve kêu trong tai, tê bì, co giật nhưng mắt mờ 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 mắt mờ 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...

s://myhanoi.com.vn/

2. Phát hiện những biểu hiện thần kinh trong thực hành đa khoa

a. 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 tuỷ 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 tuỷ với dịch não tuỷ, hệ thống tưới máu não tuỷ. 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 tuỷ, 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).

b. 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..).

s://myhanoi.com.vn/

c. 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 tuỷ. Về phương diện sinh hoá 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 cũng có khuynh hướng không cần khám lâm sàng mà cho bệnh nhân đi chụp cắt lớp vi tính.

d. 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...

e. 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...).

g. 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 lại 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

s://myhanoi.com.vn/

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 là 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 hoá 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 Myclin
- 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 tuỷ sống (thường là những tổn thương đột quỵ với những rối loạn ý thức trầm trọng, rối loạn thần

s://myhanoi.com.vn/

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 tuỷ 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

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.

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.

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 có triệu chứng thần kinh khu trú hay không. Trạng thái 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.

s://myhanoi.com.vn/

2. Nguyên tắc điều trị trạng thái hôn mê

a. 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.

b. Chống phù não, giảm phản ứng vận mạch: glucoza 30%, mannitol 20%, Novocaine 1%.

c. Chống nhiễm khuẩn: chống nhiễm khuẩn do ứ đọng ở đường tiết niệu và chống loét...

d. Trợ lực cơ thể bằng các loại vitamin.

đ. 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 hoá).

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.

e. Tiến hành thường xuyên thăng bằng kiềm toan, thăng bằng nước và các chất điện giải.

g. Sẵn sàng các kỹ thuật cấp cứu như hô hấp trợ lực, khai thông đường hô hấp (hút đờm dãi cho thở oxy ngắt quãng, mở khí quản, sử dụng máy thở...), các kỹ thuật tiêm truyền.

m. Nghiên cứu sử dụng một số kỹ thuật phục hồi chức năng, hỗ trợ cho hô hấp, dĩnh dưỡng.. (vỗ, gõ ở lưng, bụng...)

s://myhanoi.com.vn/

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 giật cục bộ nhưng nhanh chóng toàn bộ hoá.

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 ta, 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, sẵn sàng các kỹ thuật cấp cứu.

3. Điều trị trạng thái động kinh

a. 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).

s://myhanoi.com.vn/

Hoặc tiêm phenobacbital 0,20 x 1 ống tiêm bắp.

Nếu sau 15 phút vẫn còn cơn, có thể tiêm thêm 1 ống nữa, hoặc Seduxen, hoặc phenobacbital. Có thể cho thêm hỗn hợp:

Aminazin 0,025mg với Pipolphen 0,050mg tiêm bắp.

Nếu cơn vẫn còn mạnh, có thể dùng Nesdonal, Pentothal (thiopental)...

Nếu cơn vẫn còn, có thể, sau khi soi đáy mắt không có chống chỉ định thì tiến hành chọc dò sống thắt lưng lấy dịch não tuỷ.

b. 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.

c. Nếu có sốt cần cho thêm thuốc hạ nhiệt, kháng sinh nếu cần, hoặc trợ hô hấp, thở Oxy ngắt quãng.

d. Tiếp tục nghiên cứu về những triệu chứng khu trú như cơn quay mắt, quay đầu, liệt nửa người, đồng thời chú ý thêm về tính chất cơn co giật.

đ. Tiếp tục điều trị trợ lực, nâng cao thể trạng người bệnh, vấn đề dinh dưỡng...

e. Xử trí tiếp theo nguyên nhân

HỘI CHỨNG TĂNG ÁP LỰC TRONG SỌ

Hội chứng tăng áp lực trong sọ là hội chứng trong đó dịch não tuỷ 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.

s://myhanoi.com.vn/

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 tuỳ tính chất vị trí tổn thương.

a. Có thể có biểu hiện biến chứng đè - ấn - dọa lọt với hội chứng Weber cơn hố sau, cơn cứng mất não, cứng mất vỏ.

b. 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 tuỷ.
  + Dung dịch glucoza 30% x 400ml.
  + Novocaine 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).

s://myhanoi.com.vn/

Hoặc

+ Dung dịch magie sulfat 15% x 15 - 20ml tiêm tĩnh mạch
+ Cho các thuốc kháng viêm: depersolon, desamethason, betamethason 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 khăn. 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 tritaeniorrhyncus.

s://myhanoi.com.vn/

b. Biểu hiện đột ngột với kịch tính 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 hoá (rối loạn chuyển hoá 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, đó là 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 tác dụng thuốc trên vào dung dịch tiêm truyền nhỏ giọt tĩnh mạch (nên cho tốc độ XX giọt/phút).
  + Dung dịch glucoza 10% - 15% x 2- -3ml/kg cân nặng.
  + Novocain 1% x 1 - 2ml cho kg cân nặng.
  + Pipolphen 1 - 2ml cho kg cân nặng
  + Depersolon 30mg
  + Nikethamid 0,375
  + Vitamin C, 0,500g.
  + Penicillin 1 - 2.000.000đv.
  + Streptomycin 0,025g/kg cân nặng

s://myhanoi.com.vn/

+ Trường hợp không dùng được penicillin thay bằng tetracyclin hoặc ampicillin, 0,025g/kg cân nặng.

- Thăng bằng nước và điện giải chú ý cho truyền dung dịch mặn ngọt đẳng trương, dung dịch Bicacbonat 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

s://myhanoi.com.vn/

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 glucoza 20% x 400ml.

Hoặc

+ Mannitol 20% x 400ml
+ Novocain 1% x 40ml
+ Pipolphen 0,02 - 5g x 1 - 2 ống
+ Depersolon 30mg.

Hoặc

+ Betamethason, dexamethason

s://myhanoi.com.vn/

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 tháp nặng. Cho các thuốc giúp phục hồi ý thức như centrophenoxin (Lucidril...). Chống tăng động xoắn vặn (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.

CƠN 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 cơn nhược cơ cấp

Thường thấy người bệnh có rối loạn hô hấp nặng với "bộ mặt nhược cơ" (mi mắt sa...) mỏi 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...

s://myhanoi.com.vn/

Cần phân định với những trường hợp khó thở của nhiều căn nguyên khác (các bệnh nội, bệnh phổi), các biểu hiện nghẹn đặc sặc 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 tuỳ 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 bằng ống thông qua dạ dày.
– Sẵn sàng máy hô hấp trợ lực.
– Cyclosporin, điều trị như bệnh tự miễn; lọc huyết tương...

VIÊM TUỶ CẤP

Viêm tuỷ cấp thường là thể viêm tuỷ toàn bộ tiến lên (thể landry) là một loại bệnh trầm trọng, cần phải khẩn trương cấp cứu.

1. Xác định một trường hợp viêm tuỷ cấp thường dựa vào

Biểu hiện tổn thương đột quỵ hai chi dưới, có khuynh hướng lan lên hoặc liệt tứ chi ngày từ đầu, có rối loạn vận động và cảm

s://myhanoi.com.vn/

giác cùng rối loạn dinh dưỡng cơ tròn ở tuỷ. Thường có khuynh hướng lan lên trên tuỷ cổ với rối loạn nhịp thở và dễ tử vong.

Cần phân định với các tổn thương viêm sừng trước tuỷ cấp, viêm nhiều rễ dây thần kinh kiểu Guillain Barré, viêm nhiều dây thần kinh.

2. Điều trị viêm tuỷ cấp

Là một loại bệnh cấp, cần khẩn trương điều trị, nên chú ý một số nguyên tắc sau:

Chống phù tuỷ, 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.

Chóng loét và chống rối loạn cơ tròn.

Tiến hành phục hồi chức năng thần kinh ngay trong giai đoạn cấp

a. Trường hợp nặng, có phù tuỷ tiến triển

Truyền dung dịch chống phù tuỷ.

Dung dịch glucoza 30% x 200 - 400ml. Truyền nhỏ giọt tĩnh mạch XXX - XL giọt/phút

Novocain 1% x 20ml.

Depersolon 30mg.

Niketharnid 0,375

Kháng sinh: ampicillin 1,0g

b. Nói chung cần theo một liệu trình sau:

- Cho kháng sinh BioMycin 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 tuỷ:

hydrocortison (hydrocortancyl) 25 - 50ml/ngày x 2 - 3 lần/tuần.

- Vitamin nhóm B: Vitamin B1 0,025 x 10 ống/ngày.

Vitamin B_6 0,025 x 4 ống/ngày.

Vitamin B_{12} 1000 - 2000 microgam/ngày.

- Chống loét và chống rối loạn dinh dưỡng cơ tròn: thay đổi tư thế nằm tỳ đè, xoa vỗ...những nơi cơ thể tiếp xúc với mặt giường.
- Theo dõi hiện tượng phục hồi tuỷ, và sớm phục hồi chức năng về vận động.

s://myhanoi.com.vn/

CÁC CHỨNG BỆNH THƯỜNG GẶP Ở THẦN KINH

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.

s://myhanoi.com.vn/

BẠI LIỆT

Bại liệt là bệnh gây nên do virus bại liệt phạm vào sừng trước tuỷ sống cấp tính gây nên viêm sừng trước tuỷ 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 vắcxin, 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 PARKINSON

Parkinson là chứng bệnh do tổn thương nhân xám trung ương - hội chứng thể vân 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.

s://myhanoi.com.vn/

Phân biệt bệnh Parkinson (do thoái hoá thể vân 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 hoá chung ảnh hưởng tới đường vòng thể vân 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, tuỳ theo cơ chế hoá học với tác động kìm hãm hoặc hoạt hoá , thực tế ở ta chỉ có thể dùng được một số dạng thuốc sau:

Cyclodol (trihexyphenidyl) 5-10 mg/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.

CHẢY MÁU MÀNG NÃO

Là một bệnh của tai biến mạch máu não (xem ở phần cấp cứu và ở bài tai biến mạch máu não)

Chảy máu màng não là một thể cấp tính của tai biến mạch 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 thắt lưng lấy dịch não tuỷ có máu không đông (nghiệm pháp ba ống nghiệm).

s://myhanoi.com.vn/

- 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 sau vài giờ sau sang chấn, khoảng tỉnh 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 mãu 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

s://myhanoi.com.vn/

CO GIẬT

Co giật là những cử động bất thường, ngoài ý muốn, biên độ cao. 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 sau).

ĐAU NHỨC 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.

s://myhanoi.com.vn/

ĐAU NHỨC 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 do 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

a. Điều trị theo nguyên nhân

b. Điều trị triệu chứng: cho các loại thuốc giảm đau, an thần, phong bế thần kinh, kết hợp xoa bóp, châm cứu.

Thuốc

- Cho uống hỗn hợp Antipyrin và phenacetin
  - + Antipyrin 0,30 (Một gói)
  - + Phenacetin 0,40

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.

- Thuốc loại Bromua

s://myhanoi.com.vn/

+ Sirop tribromuré 300ml. ngày uống 1 - 2 thìa canh trong 15 ngày.
+ Vận dụng "công thức Pavlov" trong điều trị chứng nhức đầu.

- Ví dụ
  + Bromua canxi 10,0
  + Cafein 1,0
  + Benzoat Na vừa đủ dễ hoà tan
  + Pyramidon 4,0
  + Nước cất vừa đủ 500ml
  + (Có thể thay nước bằng Sirop)

Phong bế thần kinh

- Tiêm vào động mạch: theo phương pháp Gorbadéi, tiêm Novocain vào động mạch có tác dụng cắt sináp dẫn truyền thần kinh (tác dụng hoá 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.

Dùng các chất ưu trương. Dung dịch glucoza 30% x 10 - 20ml. Tiêm như vậy hàng ngày và cho trong 7 ngày.

Thuốc an thần nhẹ: có thể dùng Seduxen 5mg x 1 - 2 viên/ngày trong 15 ngày.

Châm cứu các huyệt chung như túc tam lý, thận du, tam âm giao, kết hợp với các huyệt địa phương (á thị huyệt).

s://myhanoi.com.vn/

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 hoá, rối loạn tính tình), Migraine mắt (có rối loạn về thị giác), Migraine phối hợp (nhiều triệu chứng xem kẽ).

Cần đánh giá thêm qua các phương tiện thăm dò chức năng: chọc dò sống thắt lưng, lấy dịch não tuỷ, 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

Bằng 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

s://myhanoi.com.vn/

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

a. 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.

b. 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

s://myhanoi.com.vn/

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 đái), 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 tuỳ 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...

- Thuốc giảm đau và kháng viêm
  + Có thể dùng hỗn hợp Antipyrin và phenacetin như điều trị nhức đầu.
  + Phong bế Novocain: Dùng Novocain 1% x 5ml, phong bế cạnh sống, hoặc tiêm động mạch đùi.
- Có thể dùng

s://myhanoi.com.vn/

+ 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 - 3 ml để phong bế ngoài màng cứng.

+ Dùng nắm muối rang nóng, để lên khay và cho chườm hoặc quấn đu đủ xanh lát mỏng vào phía mặt sau của đùi bị đau.
+ Có thể dùng lý liệu pháp: xoa bóp, ion hoá calci, siêu âm, điện nóng...

– Châm cứu: Châm tả các huyệt đại trường du, hoàn khiêu, thừa phù, uỷ trung. Thuỷ châm: tiêm vào các huyệt trên mỗi huyệt 2 - 4 ml Novocain 1%.
– Đồng thời phải luôn luôn chú ý tới phòng bệnh.

Đối với người có dị dạng cột sống (gai đôi, cùng hoá đốt thắt lưng, thắt lưng hoá 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 khoẻ.

ĐAU NHỨC THẦN KINH LIÊN SƯỜN

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 hoá đốt sống lưng thắt lưng...); cần chú ý đó là bắt đầu của một u tuỷ ở đoạn lưng (đay dây thần kinh liên sườn là biểu hiện ở giai đoạn ép rễ).

s://myhanoi.com.vn/

ĐAU VÙNG GÁY - VÙNG CHẨM

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 chẩm

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" (torticolis) 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 hoá đốt sống, do lao, do ung thư, đặc biệt đó là biểu hiện của u hố sau, hội chứng giao cảm cổ Barré - Liéou.

2. Điều trị cơn đau vùng gáy chẩm

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

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 so đối với người lớn), các kiểu co giật (thể lâm sàng).

s://myhanoi.com.vn/

Cần phân biệt rõ động kinh triệu chứng hay bệnh động kinh

Động kinh triệu chứng, có thể do sang chấn (tiền sử sang chấn, sẹo), u não, viêm nhiễm nhất là viêm màng não do lao, ký sinh trùng (bệnh kén sán não: cysticercosuscerebri), 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). Tuỳ theo loại nguyên nhân , có thể có động kinh sớm, động kinh muộn.

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.

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, động kinh liên tục).

- 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.
- 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

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:

s://myhanoi.com.vn/

Loại thuốc	Cơn lớn	Cơn nhỏ	Động kinh vận động	Động kinh tâm thần vận động	Liều lượng hàng ngày
Phenobarbital (Gacdenan, Luminan)	+	±	+	±	Trẻ em 0,01g cho mỗi tuổi. Người lớn 0,10 đến 0,30g
Diphenyl - Hydantoin Dihydan, Lepitoin Sodanton	+	-	+	±	0,10 - 0,30g trẻ em 0,01 - 0,02g cho một tuổi
Trimethadion (Trimedal, Epidion)	-	+	-	+	0,30 - 0,90g
Mysolin	+	±	±	±	1,50g

Đối với động kinh tâm thần vận động, cần cho thêm Aminazin 0,025g.

- Chú ý tới chế độ lao động và sinh hoạt của người bệnh.
- 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 TUỶ

Là hội chứng chèn ép ở tuỷ, có thể ép từ trong tủy ra, có thể ép từ ngoài vào; cần phát hiện sớm để xử trí kịp thời.

1. Xác định ép tủy

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).

s://myhanoi.com.vn/

Ép tuỷ có thể do; u tuỷ, u màng tuỷ, u rễ thần kinh, lao đốt sống, ung thư đốt sống nguyên pháp 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

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).

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.

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.

s://myhanoi.com.vn/

LAO ĐỐT SỐNG

Lao đốt sống gây bệnh cảnh chèn ép tuỷ.

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.

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.

Lao đốt sống vùng thắt lưng - cùng với 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".

Điều trị: điều trị lao là chủ yếu. Tuỳ 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...

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. Cần phân định liệt (hay bại)

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).

s://myhanoi.com.vn/

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 nhiều 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 tuỷ, 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

Cần phân định với "không phải liệt" (cơ xương, khớp, histeria), các bệnh do rối loạn chuyển hoá (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.

Liệt hai chi dưới do tổn thương ngoại biên: thường gặp ở viêm sừng trước tuỷ cấp (bại liệt), viêm nhiều rễ thần kinh (thường gặp là viêm nhiều rễ dây thần kinh), viêm nhiều dây thần kinh.

Liệt hai chi dưới dưới do tổn thương trung ương: trường hợp tổn thương cấp tính gây liệt mềm hai chi dưới và thường là các sang chấn tuỷ, viêm tuỷ cấp. Trường hợp tổn thương tăng dần (chậm) gây liệt cứng hai chi dưới và là bệnh cảnh chủ yếu của ép tuỷ, của viêm tuỷ mạn tính, của lao đốt sống, của u tuỷ các loại, của viêm dày dính màng tuỷ.

s://myhanoi.com.vn/

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 hội chứng liệt nửa người

Dựa vào sự phân tích quá trình tổn thương kích thích và huỷ hoại gián đoạn với những mối liên quan với hệ nội cùng phân tích các loại rối loạn tâm lý tâm thần. Xác định vị trí tổn thương trước hết ở não, ở vỏ não, ở bao trong, và ở thân não. Từ đó nhận ra các loại nguyên nhân bệnh: sang chấn sọ, thiểu năng tuần hoàn não, rối loạn tuần hoàn não cấp tính và kéo dài mạn tính, các bệnh nhiễm khuẩn thần kinh (chú ý viêm màng não do lao...), các bệnh khối u chèn ép; các bệnh từ hệ nội (biến chứng của các bệnh tim mạch, bệnh phổi); các bệnh nhiễm độc thoái hoá ở não.

2. 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).

s://myhanoi.com.vn/

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 tuỷ. 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 thân 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

- Căn bản là điều trị theo từng nguyên nhân cụ thể.
- 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.
- Thuốc
  + Vitamin B_1, liều cao 0,025 - 10 ống/ngày cho dài ngày, phối hợp với các loại vitamin B_6, B_{12}.
  + Kháng sinh: ampicillin, (hoặc tetracyclin) 1 -2 g/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.
- Lý liệu pháp: điện dẫn thuốc, điện nóng. Không được dùng dòng Faradic. Tập các động tác ở mắt, ở trán, ở môi miệng.
- Châm cứu: châm cứu bên mặt liệt các huyệt giáp xa, địa thương, thảo đường, có thể châm thêm ấn đường, nghinh hương, hợp cốc, cũng có thể châm các huyệt trên bên lành.

s://myhanoi.com.vn/

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 giảm hoặc mất 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 hoá 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.

s://myhanoi.com.vn/

LIỆT CÁC DÂY THẦN KINH SỌ

Có 12 đôi dây thần kinh sọ, do có những đặc điểm chung về giải phẫu chức năng của các dây thần kinh sọ (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 sọ), 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 sọ.
- 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 sọ là viêm nhiễm và những bệnh lý có liên quan tới vùng nền sọ (K vòm họng, u nền sọ) và sọ - 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, histeria, 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,

s://myhanoi.com.vn/

tiêu hoá, 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...

2. Điều trị

Tuỳ từng thể loại, có thể có những thuốc thích hợp, các thuốc giảm đau nhức, mỏi mệt, nâng cao thể trạng...

- Dùng các thuốc đông y.
- Châm cứu (thường là châm các huyệt như trong chữa chứng đau nhức...)

Công tác tâm lý giữ phần quan trọng trong điều trị loạn thần kinh chức năng.

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).

s://myhanoi.com.vn/

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 Syndenham và múa giật Huntington.

Thường gặp là múa giật Syndenham, 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

- 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).

- Tiến hành công tác tâm lý đối với trẻ, nhất là trẻ em gái.

s://myhanoi.com.vn/

- Kết hợp tâm lý tiến hành phục hồi chức năng, xoa bóp, tập vận động các động tác chính xác.

NHƯỢC CƠ

Nhược cơ là một loại bệnh thần kinh - cơ ở mức các màng sináp có liên quan nhiều tới cơ chế bệnh tự miễn.

1. Nhận ra bệnh nhược cơ không khó

Thường là biểu hiện mỏi các cơ vân - mỏi 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 mỏi mệt các chi 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 20).

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 ta).

s://myhanoi.com.vn/

NHŨN 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, thiểu năng tuần hoàn não, dị dạng mạch não nhất là tắc mach 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 tuốc giãn mạch, điều hoà trương lực, tăng cường oxy não, sớm phục hồi chức năng.

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, tuỳ vị trí tổn thương ở từng đoạn tuỷ mà có biểu hiện đặc trưng cho từng vùng.

s://myhanoi.com.vn/

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 ngoại thần kinh.

Sang chấn sọ kín với vết thương không xuyên, có thể có thêm nhiễm khuẩn. Chú ý tới khoảng tỉnh 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 tỉnh 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 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.

s://myhanoi.com.vn/

TỤ MÁU DƯỚI CỨNG

Thường có liên quan với sang chấn sọ, thường chảy máu ở vùng Gerard - Marchant gây tụ máu dưới 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 tuỷ 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 tuỷ.

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.

s://myhanoi.com.vn/

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

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

s://myhanoi.com.vn/

khi chờ đợi phẫu thuật. Phục hồi chức năng thần kinh là cần thiết cho sau phẫu thuật u não.

U TUỶ

U tuỷ là những tổ chức bao bọc và bảo vệ các phần của tuỷ sống, phát triển không bình thường ở một vị trí nào đó của tuỷ sống và gây bệnh cảnh ép tuỷ. Có nhiều loại u tuỷ: u trong tuỷ, u ngoài tuỷ, u lành tính, u ác tính.. u tuỷ cổ, u tuỷ lưng, u chóp cùng tuỷ.

1. Xác định u tuỷ

Dựa vào phân tích biểu hiện của giai đoạn ép rễ, giai đoạn ép tuỷ và tắc đường lưu thông dịch não tuỷ. Phân biệt u tuỷ với các căn nguyên chèn ép khác (lao đốt sống, viêm dày dính).

Xác định vị trí của u tuỷ 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

U tuỷ 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 tuỷ gây liệt hai chi dưới (liệt tứ chi nếu tổn thương ở trên C4 (xem thêm phần ép tuỷ).

s://myhanoi.com.vn/

Ứ NƯỚC NÃO

Ứ nước não là hiện tượng ứ đọng dịch não tuỷ 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 nhức 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 tuỷ, 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 tuỷ.

Biểu hiện có hội chứng màng não và có một số hội chứng, triệu chứng đặc biệt tuỳ 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 tuỷ như viêm màng não nước

s://myhanoi.com.vn/

trong, viêm màng não mủ; theo thành phần giải phẫu như viêm màng não ở nền..

I. VIÊM MÀNG NÃO DO LAO

Viêm màng não do lao là một trong những bệnh quan trọng của nhiễm khuẩn thần kinh, với cơ chế bệnh sinh đa dạng, từ đó có nhiều biểu hiện triệu chứng phức tạp qua nhiều giai đoạn âm ỉ hay bùng nổ tuỳ theo mức độ tổn thương và sức đề kháng của cơ thể.

1. Xác định viêm màng não do lao

Dựa trên phân tích các biểu hiện triệu chứng rải rác, xen kẽ nhiều tầng (vùng gian não tới vỏ não trán), các rối loạn tâm thần (rối loạn ý thức với các ý tưởng sảng, 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 tuỷ.

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 phối 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.

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

a. Trường hợp cấp tính: cần điều trị như các viêm màng não khác: chườm lạnh, hạ nhiệt độ, chọc dò sống thắt lưng lấy dịch não tuỷ để giảm áp lực, chống co giật, chống rối loạn thần kinh thực vật, dinh dưỡng cơ thể...

b. Điều trị hỗn hợp rifamycin sau đó cho Rimifon.

Điều trị hỗn hợp streptomycin và Rimifon với ba sơ đồ sau

s://myhanoi.com.vn/

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 /24giờ, 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 0,01g - 0,15g

1 - 3 tuổi: 0,01g - 0,03g

4 - 7 tuổi: 0,03g - 0,05g.

8 - 12 tuổi: 0,05 - 0,075g.

Ngoài ra có thể dùng Saluzid, rifampicin; các loại corticoid, Vitamin liệu pháp cũng như chế độ ăn uống cho người bệnh.

c. Điều trị lâu dài: Sau thời gian điều trị 3 - 6 tháng phải tiếp tục điều trị hiện tượng tăng trương lực, kích thích tháp, kích thích dãn mạch, chống co thắt cơ trơn ở dạ dày, mật...

II. 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.

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.

s://myhanoi.com.vn/

Ở trẻ nhỏ, chỉ có thóp phồng, vạch màng não (+), dịch não tuỷ 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. Điều trị

Cần chẩn đoán sớm, tích cực, và quyết định loại kháng sinh dựa vào kháng sinh đồ.

- Phế cầu khuẩn: dụng sulfamid
- Não mô khuẩn: sulfamid và corticoid
- Liên cầu khuẩn và tụ cầu khuẩn: Chloramphenicol và Aureomycin 0,05 - 0,10g cho 1 kg cân nặng trong 24 giờ.

Phối hợp thêm với streptomycin 0,50 - 1 ga tiêm bắp.

Ngoài ra, có thể có vi khuẩn đường ruột gây viêm màng não mủ, dùng chloramphenicol và Aureomycin.

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 gân nên những biểu hiện phản ứng chống đỡ tích cực tại chỗ, tức thời - phản ứng phức hệ viêm não nhiều hơn là huỷ hoại. Đặc điểm chung là viêm não chất xám vỏ não, đặc biệt là vỏ thuỳ 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

s://myhanoi.com.vn/

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 ta 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 hoá, rối loạn chuyển hoá.

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 ngọn 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 hoá, thiếu Vitamin như

s://myhanoi.com.vn/

Vitamin B_1, PP, B6... nhất là thiếu Vitamin B_1 (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 tuỷ.

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: Bio Mycin 1 - 2 g/ngày trong 10 - 12 ngày.
- Hydrcortancyl vào dịch não tuỷ mỗi lần tiêm 2 - 3 ml trong 10 - 12 ngày.

Trường hợp vừa và nhẹ: Vitamin B_1 0,025g - 10 ống/ngày.

Phục hồi chức năng vận động ngay từ ngày đầu.

s://myhanoi.com.vn/

VIÊM TUỶ

Là trạng thái viêm nhiễm thoái hoá các thành phần ở tuỷ 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 tuỷ cổ 4).

1. Phân biệt

Viêm tuỷ nguyên phát và viêm tuỷ thứ phát. Viêm tuỷ thứ phát là tổn thương tuỷ xảy ra sau các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính chung như sau quai bị, sởi, mạn tính như lao, giang mai, hoặc sau các biến chứng của tiêm chủng (tiêm chủng trừ dại...)

Viêm tuỷ nguyên phát xảy ra do các loại virus hướng thần kinh: Viêm tuỷ toàn bộ (tổn thương từ chóp cùng đi lên), có thể "tiến lên" lan lên cao tới tuỷ cổ - thể Landry dễ tử vong (xem phần viêm tuỷ cấp tính); viêm tuỷ cắt ngang (tổn thương treo ở một vài khoanh tuỷ) dễ chuyển từ liệt mềm chuyển sang liệt cứng (trong vòng từ ngày thứ nhất tới ngày thứ 45).

2. Xác định viêm tuỷ

Nói chung không khó, cũng cần phân định liệt trung ương hay ngoại biên, phân biệt viêm tuỷ và ép tuỷ.

3. Điều trị

a. *Điều trị viêm tuỷ cấp*: xem ở phần cấp cứu.

b. *Điều trị viêm tuỷ 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.

s://myhanoi.com.vn/

Phần
BỆNH TÂM THẦN

Biên soạn: PTS. NGUYỄN VĂN SIÊM
PGS. NGUYỄN ĐĂNG DUNG
GS. NGUYỄN VIỆT

s://myhanoi.com.vn/

I. ĐẠI CƯƠNG

Muốn hiểu bệnh tâm thần, trước hết phải nắm được khái niệm về sức khoẻ tâm thần và các yếu tố có thể ảnh hưởng đến sức khoẻ tâm thần; Điều này rất cần thiết đối với các nhà tâm lý giáo dục học, tâm lý lâm sàng và thầy thuốc đa khoa để đánh giá sức khoẻ tâm thần, các yếu tố ảnh hưởng cũng như các biện pháp đề phòng và điều trị.

A. SỨC KHOẺ VÀ SỨC KHOẺ TÂM THẦN

Theo định nghĩa của Tổ chức y tế thế giới (1974), "Sức khoẻ là một trạng thái hoàn toàn thoải mái về cơ thể, tâm thần và xã hội chứ không phải chỉ là không có bệnh hoặc không có tật".

Định nghĩa trên bao hàm một điều có tính chất lý tưởng vì hình như ở trên đời này, chẳng mấy ai tránh khỏi bệnh tật, lại càng khó đạt được trạng thái hoàn toàn thoải mái về cơ thể, tâm thần và xã hội

Còn vài vấn đề khác cũng phải xem xét nghiêm túc:

Người có cơ thể to béo, người không có bệnh, không có tật không chắc đã là người có sức khoẻ, nếu như thời tiết thay đổi họ đã nhức đầu sổ mũi (khả năng thích ứng với thời tiết của họ không tốt). Một người phải thay đổi nơi làm việc sang môi trường mới, năng suất làm việc của họ không tốt, họ khó chịu (sự thích ứng của họ với hoàn cảnh mới, với các quan hệ mới, với công việc mới không tốt).

Có người làm việc nhiều giờ liên tục hoặc nhiều ngày vẫn hào hứng không thấy mệt mỏi và cho ra được những sản phẩm có giá trị (đó là người có sức khoẻ). Có người gần như không làm gì hoặc khi làm việc họ không thấy hứng thú, chóng mệt mỏi, không có năng suất. Sức khoẻ nói chung và sức khoẻ tâm thần của họ không tốt. Chung quanh ta, thấy nhiều người có bệnh, có tật nhưng họ vẫn tạo được một cuộc sống yên vui, làm việc rất thích thú và có hiệu quả. Trong số họ có người đã lao động và đưa lại các giá trị không nhỏ. Trường hợp này cần xem là có sức khoẻ.

Vì vậy theo tôi định nghĩa về sức khoẻ nói trện của Tổ chức y tế thế giới cần được quan niệm thêm mấy điều sau đây:

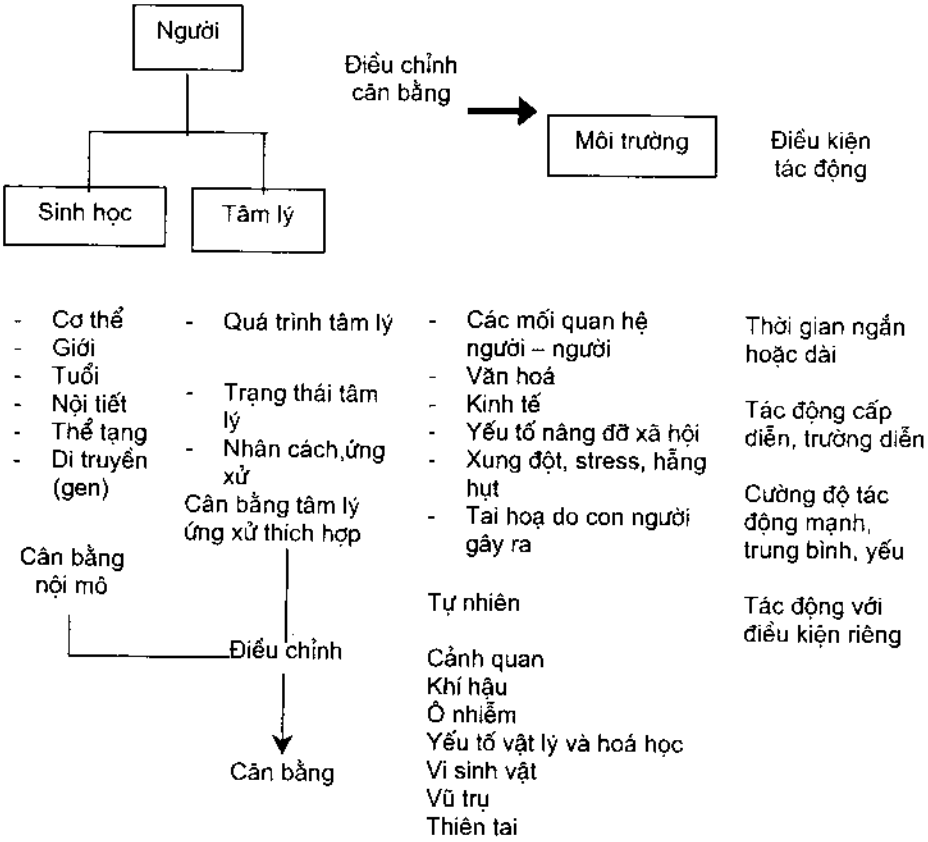
s://myhanoi.com.vn/

Có sức khoẻ phải là thích ứng tốt với môi trường tự nhiên và môi trường xã hội.

Có sức khoẻ phải là biết lao động hào hứng và có hiệu quả.

B. CÁC YẾU TỐ CÓ THỂ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHOẺ VÀ SỨC KHOẺ TÂM THẦN

Sơ đồ về các yếu tố ảnh hưởng đến sức khoẻ



s://myhanoi.com.vn/

Sơ đồ trên đây cho thấy các yếu tố sinh học, tâm lý, xã hội và tự nhiên hết sức đa dạng và phức tạp. Chúng thường xuyên tác động lên con người với các điều kiện khác nhau về thời gian, cường độ tác động, tính chất cấp diễn hay trường diễn; có khi phải có điều kiện tác động riêng mới gây bệnh. Con người có khi cảm nhận được, cũng nhiều khi không cảm nhận được. Tác động luôn luôn xảy ra và các phản ứng điều chỉnh cũng luôn luôn diễn biến năng động để tìm sự cân bằng hài hoà.

- Sự cân bằng về tâm lý để ứng xử thích hợp
- Sự cân bằng trong bản thân cơ thể. Đó là cân bằng nội môi (homéostasie).
- Sự cân bằng giữa các chức năng tâm lý và sinh lý sinh học. Các xúc cảm vui buồn, lo lắng, sợ hãi, lao tâm khổ tứ đều ảnh thưởng đến cơ thể sinh lý sinh học. Các kích thích - phản ứng 2 chiều phức tạp xảy ra để điều chỉnh sự cân bằng đó.
- Sự cân bằng giữa con người và môi trường (xã hội, tự nhiên) là hết sức phức tạp do chỗ các yếu tố của tự nhiên và xã hội hết sức đa dạng, khó định lượng, nhận biết không dễ dàng vì vậy khó có biện pháp điều chỉnh thích đáng và kịp thời.

C. PHẢN ỨNG CỦA CON NGƯỜI

Phản ứng của con người cũng như khả năng thích ứng của từng người rõ ràng mang tính chất cá thể.

- Một quần thể cùng sống trong một môi trường, chịu các tác động như nhau nhưng có người không bị bệnh, có người bị bệnh. Có người bị bệnh cấp tính có thể hồi phục hoàn toàn; ở một số người khác, bệnh lại tiến triển thành bán cấp và mạn tính. Mức độ cũng khác nhau. Có bệnh tâm thần (như bệnh tâm thần phân liệt) tiên lượng nói chung là không thuận lợi (tiến triển mạn tính, hay tái phát). Nhưng những nghiên cứu đa quốc gia của Tổ chức y tế thế giới những năm 1970, 1980 cũng như các kết quả rất đáng chú ý về tiên lượng bệnh tâm thần phân liệt:

s://myhanoi.com.vn/

Trong đó tỷ lệ quan trọng (trên 50% trường hợp tâm thần phân liệt), các biểu hiện loạn thần ở giai đoạn đơn độc (nghĩa là không tái phát), kéo dài nhiều tuần nhiều tháng, tiếp theo có thể là thuyên giảm hoàn toàn (hết hẳn các triệu chứng), hoặc không còn triệu chứng loạn thần (hoang tưởng, ảo giác, biểu hiện căng trương lực, ngôn ngữ hỗn loạn, không liên quan...) chỉ còn vài triệu chứng cảm xúc hay nhiễu tâm (tâm căn) và còn vài biến đổi hành vi nhẹ hay trung bình. Bệnh hồi phục hoàn toàn (khỏi bệnh) sau một giai đoạn loạn thần, có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt là 1/7 ở các nước phát triển và là 1/4 số bệnh nhân phân liệt ở các nước đang phát triển. Ở Việt Nam có báo cáo khoa học cho tỷ lệ này là 1/11 (chỉ tính các bệnh nhân phân liệt đã hồi phục và không phải dùng thuốc an thần kinh trên bảy năm).

D. CÁC MỨC ĐỘ RỐI NHIỄU (RỐI LOẠN) TÂM THẦN

Hiện nay các rối nhiễu tâm bệnh được xem là một liên thể (continuum) chia ra 4 mức: lao tâm, khổ tâm, nhiễu tâm (tâm căn) và loạn tâm (loạn thần).

	Biểu hiện	Tự phê phán	Biện pháp
Lao tâm	Suy nghĩ nhiều dẫn đến mệt mỏi tâm thần	Nhận thức rõ trạng thái và nguyên nhân	Nghỉ ngơi - hết mệt mỏi
Khổ tâm	Suy nghĩ nhiều dẫn đến mệt mỏi, căng thẳng, lo lắng, trăn trở, dày vò	Nhận thức rõ trạng thái và nguyên nhân	Nghỉ ngơi + chia sẻ, an ủi
Nhiễu tâm (tâm căn)	Suy nghĩ nhiều, xung đột kéo dài sinh ra mệt mỏi căng thẳng, mất ăn, mất ngủ, khó chịu chỗ này chỗ khác trong người (như có hòn ở cổ, khó thở, nôn, tức ngực, tim nhanh, tăng tiết mồ hôi...) hiệu suất lao động giảm.	Vẫn nhận thức được là mình có bệnh	Nghỉ ngơi không dễ chịu. Phải có các biện pháp y học (tâm lý là chính, thuốc là hỗ trợ).
Loạn tâm (loạn thần)	Có rối nhiễu hoang tưởng, ảo giác, xúc cảm tình cảm không thích hợp, ngôn ngực hỗn loạn, nếp sống cá nhân thay đổi. Quan hệ cá nhân, quan hệ xã hội, lao động giảm.	Mất tự phê phán không biết mình bị mắc bệnh	Biện pháp tâm bệnh học (hoá dược liệu pháp [1], liệu pháp lao động, tái thích ứng xã hội.

(1) Liệu pháp tâm lý

s://myhanoi.com.vn/

Xem xét các mức độ trên đây về sức khoẻ tâm thần thấy hiện nay, người ta mới quan tâm chăm sóc các mức độ nhiễu tâm và nhất là loạn tâm, còn các mức độ lao tâm và khổ tâm thì ít ai chú ý tới. Thực sự các mức độ này tuy nhẹ nhưng đã ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và phần nào ảnh hưởng đến việc học tập lao động. Họ chưa đạt các tiêu chuẩn về sức khoẻ tâm thần. Hiện nay, thường nói đến sức khoẻ tâm thần và rối nhiễu tâm thần nhiều hơn là nói về bệnh tâm thần (một mức độ đã quá nặng).

E. NGUYÊN NHÂN VÀ PHÂN LOẠI CÁC RỐI NHIỄU TÂM THẦN

Theo bảng phân loại quốc tế các bệnh ICD-10, chương V phần F (Tổ chức y tế thế giới, 1992) các rối loạn tâm bệnh được xếp vào 10 mục F0 đến F9.

Mục F0 gồm:

- Các rối loạn tâm thần thực tổn do các bệnh thoái hoá ở não, các bệnh tim mạch, các bệnh nhiễm khuẩn, chấn thương hoặc nhiễm độc não, u não, các bệnh hệ thống có tổn thương ở não (các bệnh chất tạo keo, thiếu máu ác tính...).
- Đặc điểm lâm sàng của mục này là có các biểu hiện rối loạn định hướng về thời gian, không gian và bản thân, mất trí (suy giảm trí tuệ trí nhớ), rối loạn trí nhớ (quên, nhớ lẫn), thậm chí không biết dùng động tác, mất ngôn ngữ, không nhận thức được sự vật, các cơn co giật động kinh.

Mục F1 gồm các rối nhiễu tâm bệnh và rối nhiễu hành vi do dùng các chất tâm tác động:

- Rượu, các chất họ thuốc phiện, cần sa, các thuốc an dịu, hoặc thuốc ngủ, cocain, các chất kích thích bao gồm caphein, các chất gây ảo giác (như LSD-25), thuốc lá, các dung môi bay hơi.
- Đặc điểm lâm sàng của mục này có hội chứng cai, các rối loạn loạn thần (giống tâm thần phân liệt, hoang tưởng, hư giác, ảo giác, trầm cảm, hưng cảm).

Mục F2 gồm bệnh tâm thần phân liệt [1], các rối nhiễu kiểu phân liệt và các rối loạn hoang tưởng dai dẳng. Các thể bệnh trong mục này phần lớn căn nguyên chưa rõ.

---

(1) hay tâm bệnh phân liệt

s://myhanoi.com.vn/

Đặc điểm lâm sàng rất phức tạp bao gồm các biểu hiện loạn thần (hoang tưởng, hư giác, ngôn ngữ hỗn loạn, xúc cảm cùn mòn và không thích hợp, thay đổi hoàn toàn tập tính cá nhân), xa lánh xã hội, mất nói hoặc ngôn ngữ nghèo nàn, giảm sút hiệu suất lao động.

Mục F3 về các rối loạn cảm xúc

- Đặc điểm lâm sàng. Các pha hưng cảm, các pha trầm cảm, rối nhiễu cảm xúc 2 cực hưng cảm và trầm cảm; các pha trên tiến triển đơn độc trong đời hoặc tái diễn nhiều cơn, mức độ nhẹ, trung bình hoặc nặng; có kèm theo các triệu chứng loạn tâm (hoang tưởng, ảo giác...) hay không.
- Nguyên nhân của các rối nhiễu này phần lớn chưa rõ.

Mục F4 về các rối nhiễu tâm liên quan đến Stress và các rối nhiễu dạng cơ thể (tức triệu chứng giống như của bệnh cơ thể như bệnh tim, bệnh dạ dày).

Đặc điểm lâm sàng: lo hãi, ám sợ [1], ám ảnh nghi thức, phản ứng với Stress trầm trọng và rối nhiễu sự thích ứng, các rối nhiễu phân ly (hysteria), các rối nhiễu dạng cơ thể, nghi bệnh, rối nhiễu thần kinh tự trị dạng cơ thể.

Mục F5 về các hội chứng hành vi kết hợp với các rối nhiễu sinh lý.

- Đặc điểm lâm sàng: chán ăn, háu ăn, các rối loạn giấc ngủ, loạn chức năng tình dục không do bệnh thực tổn, các rối nhiễu tâm thần kết hợp với thời kỳ sinh đẻ, lạm dụng các chất không gây nghiện (các thuốc chống trầm cảm, thuốc nhuận tràng, thuốc giảm đau, các steroid, các hormon...).
- Nguyên nhân cơ bản chưa rõ trừ phần lạm dụng các chất không gây nghiện.

Mục F6 về các rối nhiễu nhân cách và hành vi ở người thành niên.

Đặc điểm lâm sàng: trạng thái nhân cách kéo dài gần như suốt đời, không có tính chất tiến triển, biểu hiện lối sống đặc trưng của cá nhân và phương thức quan hệ với bản thân và với người khác. Các kiểu hành vi ứng xử này xuất hiện sớm trong quá trình phát triển cá nhân, là hậu quả của nhân tố thể chất và kinh nghiệm giao tiếp xã hội. Các thể lâm sàng có rối nhiễu nhân cách paronoit, rối nhiễu nhân cách dạng phân liệt, rối nhiễu nhân cách chống đối

---

(1) ám ảnh sợ

s://myhanoi.com.vn/

xã hội, cảm xúc không ổn định (kiểu xung động), nhân cách kịch tính, nhân cách ám ảnh, lo âu; các rối loạn xung động bệnh lý (đánh bạc, gây cháy, ăn cắp, nhổ tóc, các rối loạn về phân định giới tính (tà dâm)).

Mục F7 về chậm khôn (chậm phát triển tâm thần)

- Lâm sàng: phát triển trí khôn bị ngừng trệ, chủ yếu về các kỹ năng cần thiết trong giai đoạn phát triển, khả năng nhận thức ngôn ngữ vận động và tiếp xúc xã hội, mức độ chậm khôn có thể nhẹ, vừa, nặng, trầm trọng.
- Nguyên nhân: có những trường hợp rõ (bệnh bào thai, chứng 3 nhiễm sắc thể 21, thiểu năng giáp trạng...), chấn thương, các bệnh nhiễm khuẩn trong những năm đầu cuộc sống, có nhiều trường hợp chưa rõ nguyên nhân.

Mục F8 về các rối nhiễu phát triển tâm lý

Lâm sàng:

- Các rối nhiễu về phát triển lời nói và ngôn ngữ (rối nhiễu kết âm, rối nhiễu ngôn ngữ thể hiện hoặc tiếp nhận, vong ngôn).
- Các rối nhiễu về phát triển các kỹ năng ở nhà trường (rối nhiễu về đọc, về chính tả, về tính toán).
- Rối nhiễu phát triển chức năng vận động
- Rối nhiễu phát triển lan toả (hội chứng tự toả ở trẻ em, loạn tâm phân rã ở trẻ em...)

Nguyên nhân: chưa rõ

Mục F9 về các rối nhiễu hành vi và cảm xúc thường khởi phát ở lứa tuổi trẻ em và thiếu niên.

- Lâm sàng: háu động, rối loạn hành vi, không vâng lời, chống đối, rối nhiễu hỗn hợp hành vi và cảm xúc (trầm), rối nhiễu cảm xúc khởi phát ở tuổi trẻ em (lo hãi chia ly, lo hãi ám ảnh, lo hãi xã hội, rối nhiễu hoạt động xã hội khởi phát ở tuổi trẻ em và thiếu niên (không nói chọn lọc, rối nhiễu phản ứng gắn bó, giải ức chế về gắn bó); các tic (tic nhất thời, tic vận động, tic lời nói, tic phối hợp vận động và lời nói Gilles de la Tourette; đái dầm, ỉa đùn, ăn bậy, vận động định hình, nói lắp).

s://myhanoi.com.vn/

- Nguyên nhân các bất thường về thể chất có vai trò chủ yếu trong sự phát sinh các rối nhiễu này, nhưng nguyên nhân đặc hiệu hiện nay chưa rõ, có thể liên quan đến các nhân tố sinh học, tâm lý và xã hội. Các rối nhiễu loại này cần chăm chữa bằng các biện pháp y-tâm lý-giáo dục.

Bảng phân loại ICD-10 trên đây cho thấy:

- Phạm vi các rối loạn tâm thần và rối loạn hành vi hết sức rộng lớn (theo số liệu của nhiều nước tỷ lệ mắc là 15-20% dân số), liên quan chặt chẽ với nhiều chuyên khoa y học cũng như tâm lý học, xã hội học, dân tộc học...

Nguyên nhân các bệnh tâm thần rất đa dạng và phức tạp:

- Rất nhiều bệnh cơ thể, bệnh toàn thân và bệnh của não có biểu hiện triệu chứng tâm thần (mục FO, F1).
- Nhiều rối loạn tâm thần đã xác định nguyên nhân rõ (nhiễm trùng, nhiễm độc, chấn thương, tổn thương thực thể...) song cơ chế sinh bệnh nhiều khi chưa rõ (FO)
- Sang chấn tâm lý là nguyên nhân của nhiều rối loạn tâm thần (F4)
- Nhiều rối loạn tâm thần có thể liên quan đến cả nhân tố sinh học và nhân tố tâm lý xã hội (mục F6, mục F8 và F9).
- Một số rối loạn tâm thần liên quan đến gen (mục F7) một số bệnh tâm thần có thể liên quan đến di truyền (bệnh tâm thần phân liệt, rối loạn cảm xúc hưng cảm và trầm cảm, bệnh loạn thần ở người già...) song vấn đề này chưa được nghiên cứu đầy đủ.
- Có một số rối loạn tâm thần căn nguyên chưa rõ (mục F2, F3), thường tiến triển mạn tính và hay tái phát.

II. PHƯƠNG PHÁP KHÁM BỆNH TÂM THẦN

A. ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH NHÂN TÂM THẦN, HỎI BỆNH VÀ QUAN SÁT

Nhiều trường hợp bệnh nhân bị các rối loạn tâm thần nặng (loạn thần) trình bày không được rõ ràng các khó chịu, các triệu chứng. Do mặc cảm xấu hổ, một số trường hợp giấu bệnh, trình bày thiếu

s://myhanoi.com.vn/

sót các dấu hiệu bệnh. Có trường hợp trình bày không chính xác. Có trường hợp không nhận thức là mình có bệnh, không chịu khai bệnh thậm chí chống đối việc hỏi bệnh, khám bệnh. Có trường hợp do bệnh lý chi phối, bệnh nhân trả lời không đúng vào câu hỏi (trả lời bên cạnh). Cần nhận rõ các đặc điểm này khi thăm khám bệnh nhân tâm thần để có các biện pháp khai thác thông tin được đầy đủ.

Hiện nay phương pháp khám bệnh tâm thần chủ yếu là hỏi bệnh và quan sát làm sao thu được các thông tin đầy đủ và đáng tin cậy. Cần đánh giá chính xác những điều không phải mắt thấy tai nghe mà do suy diễn của người khai.

Nguồn thông tin:

1. Do bản thân bệnh nhân

Cung cấp qua chuyện trò hỏi bệnh. Cần tạo một không khí tự nhiên thoải mái, tránh cách hỏi bệnh như kiểu hỏi cung, tránh gợi ý. Cần chuyện trò tự nhiên tạo một không khí thoải mái tin cậy, gây cảm nghĩ có lợi cho các vấn đề của bệnh nhân. Để bệnh nhân trình bày tự nhiên, nhà tâm lý hay thầy thuốc lắng nghe, thỉnh thoảng có thể đặt ra câu hỏi để làm rõ một số điểm bệnh nhân đã trình bày việc hỏi bệnh, ngôn từ của người hỏi cần thích hợp với trình độ của người bệnh. Trong khi hỏi bệnh quan sát kỹ nét mặt, cử chỉ, hành vi của người bệnh.

2. Người thân của bệnh nhân

Do các đặc điểm của bệnh nhân tâm thần trình bày trên đây, bao giờ cũng cần tiếp xúc với người thân của bệnh nhân nhằm mục đích:

Khẳng định các điều bệnh nhân đã trình bày

Chỉnh lý các điều bệnh nhân trình bày không hoàn toàn chính xác.

Bổ sung các điều bệnh nhân chưa khai hết.

Tuỳ trường hợp có thể tiếp xúc với người thân của bệnh nhân cùng lúc khám xét chuyện trò với bệnh nhân hay một lúc khác không có mặt bệnh nhân.

s://myhanoi.com.vn/

Có những lúc bệnh nhân có thể phát cáu, nổi khùng với người hỏi chuyện hoặc với người thân của mình trong lúc khám xét. Cần khéo léo, lời lẽ ôn tồn để làm dịu trạng thái này.

3. Nguồn thông tin khác cũng rất cần thiết

Có những trường hợp cả bệnh nhân và người thân của họ đều không muốn khai thật những điều xấu hổ (ghen tuông, trộm cắp, nghiện hút, có vấn đề tiền sự, tiền án...). Do đó cần các nguồn thông tin bổ sung của công an khu vực, người hàng xóm...

B. CẦN KHAI THÁC NHỮNG THÔNG TIN GÌ ?

Cần khai thác những thông tin nhiều chiều trục nhằm đánh giá chính xác tình trạng tâm thần của bệnh nhân cũng như yếu tố có thể là nguyên nhân hay nhân tố kích phát hoặc nhân tố có thể chi phối sự xuất hiện và tiến triển của bệnh.

Thông tin về biểu hiện các triệu chứng hội chứng hiện tại (thời điểm khởi phát, cách khởi phát cấp, bán cấp, từ từ, âm ỉ, cường độ và thời gian biến diễn các triệu chứng; sự tiến triển các triệu chứng...)

Quá trình phát triển tâm lý vận động từ nhỏ đến lớn có gì bất thường. Các bệnh cơ thể đã mắc.

Các nhân tố tâm lý xã hội hay stress... có thể ảnh hưởng tới người bệnh trong năm vừa qua.

Cuối cùng là các thông tin nhằm đánh giá chung về hoạt động của người bệnh trong năm qua (tiếp xúc xã hội, học tập, làm việc, các hoạt động giải trí...)

C. TRÌNH BÀY CÁC THÔNG TIN TRÊN HỒ SƠ TÂM LÝ HOẶC BỆNH ÁN

Áp dụng tiếp cận mô tả:

Không dùng các từ tập hợp, không rõ nghĩa như "hành vi kỳ dị" mà mô tả rõ, ví dụ "bệnh nhân thường đứng một mình giữa sân, mặt ngẩng cao, mắt lim dim, môi chúm lại, má phồng ra như muốn thổi". Khi mô tả chú ý định lượng cường độ, tần suất và thời gian các rối loạn. Ví dụ không ghi chung chung là bệnh nhân khóc mà ghi rõ "trong ngày hoặc trong tuần qua có nhiều lúc tự nhiên bệnh nhân oà lên khóc nhưng không thấy nước mắt trào ra, có khi vừa khóc vừa la hét kéo dài hàng giơ". Khi mô tả cần trình bày

s://myhanoi.com.vn/

trình tự xuất hiện và biến diễn các triệu chứng, những can thiệp của công an hoặc các cơ sở điều trị chuyên khoa, lý do. Mô tả các triệu chứng, hội chứng bộc lộ tự phát như lo hãi, trầm cảm, mệt mỏi, chán ăn, mất ngủ... Phương thức phát sinh phát triển, thời gian tiến triển, lý do phát sinh do người bệnh giải thích, ý nghĩa do người bệnh gán cho. Mô tả những triệu chứng quan sát được trong quá trình khám xét như trạng thái kích động, nét mặt, tư thế, phản ứng xúc cảm, lời nói nếu có thể ghi nguyên văn, ứng xử...

Trước phần tóm tắt triệu chứng và hội chứng không dùng các thuật ngữ chuyên khoa như "ảo giác"... mà ghi rõ, ví dụ "người bệnh khẳng định nghe thấy tiếng nói phát ra trong đầu, tiếng nói của một cô gái không quen, nói rằng..."

1. Tiền sử gia đình

Khai thác tiền sử gia đình với hai ý nghĩa di truyền và môi trường sống. Hỏi về những thành viên trong gia đình, biến động sinh hoạt của gia đình, nguồn gốc xã hội, kinh tế, văn hoá, tiền sử bệnh tật, tiền sử tự sát, chậm phát triển tâm thần, nghiện rượu, phạm pháp, tiền sử bị giam giữ. Xác định tính di truyền là trực hệ hay bàng hệ.

2. Tiền sử cá nhân

a. Tuổi thơ ấu

- Có mang mong muốn hay không bình thường hay bệnh lý
- Chấn thương sinh đẻ
- Những giai đoạn phát triển tâm vận động
- Môi trường tình cảm, phẩm chất giáo dục, đạo đức, tôn giáo, tình dục.
- Thuở nhỏ, sống với bố mẹ nuôi, ông bà (thời gian bao lâu, bị tác động tâm lý gì).
- Di cư, chuyển cư
- Ở trường học: thời gian đi học, khả năng thích ứng (bỏ học, bị đuổi học).

b. Nghề nghiệp

- Thời gian học nghề, tay nghề

s://myhanoi.com.vn/

- Tình trạng làm việc hiện nay: làm nghề là cách để thoả mãn hay bị động. Nghề nghiệp ổn định, bị sa thải, lý do; nghỉ việc do ốm đau hay tai nạn.

c. Hôn nhân gia đình

- Hôn nhân, ly thân, ly hôn, quan hệ khác
- Mức độ tự lập trong gia đình, vai trò trong gia đình, phản ứng của những người khác trong gia đình, lý do.
- Quan hệ với con cái hay bố mẹ
- Các thích thú hoạt động nghệ thuật, chính trị, tôn giáo, đọc sách, thể thao...
- Quan hệ bạn bè, đồng nghiệp

d. Chấn thương tình cảm

Tang tóc, bỏ rơi, cắt đứt tình cảm, xa cách, cuộc sống đảo lộn (chuyển chỗ ở, di cư, thất nghiệp, về hưu).

e. Tiền sử bệnh cơ thể

Chấn thương, nghiện rượu, nghiện ma tuý, các bệnh nội khoa, nội tiết, các cơn co giật, bệnh tâm thể, dị ứng, can thiệp ngoại khoa.

D. KHÁM TOÀN THÂN

Nhất thiết phải khám xét toàn thân, nhất là phần khám nội khoa và thần kinh.

Tuỳ các thông tin thu được do hỏi bệnh và khám xét lâm sàng mà yêu cầu khám xét bổ sung: xét nghiệm sinh hoá, tế bào, phân, nước tiểu, máu, dịch não tuỷ, soi đáy mắt, ghi điện não, chụp X quang thần kinh, thăm dò phóng xạ, trắc nghiệm tâm lý...

Ở nhiều nước, ê kip tâm thần gồm một bác sĩ tâm thần, một nhà tâm lý lâm sàng, một y tá đại học, một cán sự xã hội và một thư ký, do đó việc khám xét và chăm chữa cho bệnh nhân rất chu đáo.

Với các chuyên gia tâm lý và thầy thuốc giàu phẩm chất và kinh nghiệm, sau mỗi lần tiếp xúc trò chuyện, bệnh nhân có thể cảm thấy bớt căng thẳng, lo âu, trong người nhẹ nhõm.

s://myhanoi.com.vn/

E. TỔNG HỢP TÓM TẮT CÁC KẾT QUẢ KHÁM XÉT

1. Xác định những triệu chứng hội chứng tâm bệnh, trạng thái bệnh hiện tại.

   Các nhân tố bệnh căn: tóm tắt, mô tả các nhân tố kích phát (làm bùng ra 1 bệnh tâm thần vốn tiềm ẩn), nhân tố đồng phát, nhân tố thúc đẩy, nhân tố tiền bẩm.

2. Xác định chẩn đoán (triệu chứng, hội chứng bệnh, thể lâm sàng, nguyên nhân...)
3. Lập phương án chăm chữa
4. Tiên lượng và tiến triển bệnh

III. TRIỆU CHỨNG HỌC TÂM BỆNH

Có nhiều mẫu phân tích triệu chứng học. Dưới đây trình bày với mục đích sư phạm.

A. RỐI LOẠN VỀ BIỂU HIỆN CỬ CHỈ, LỜI NÓI

1. Quan sát bề ngoài

a. Cách ăn mặc, đầu tóc, chăm sóc thân thể, tư thế, tác phong, khác thường, không thích hợp, có những biểu hiện kỳ quặc.

b. Nét mặt: điệu bộ, cử chỉ, cảm xúc, tình cảm, ý chí cùng với lời nói, tư duy...

+ *Tăng nét mặt:* biểu hiện trên toàn bộ các cơ mặt, vẻ nhìn (linh hoạt, lơ đãng, dò xét), vui, buồn, lo hãi, nhõng nhẽo, kịch tính (hysteria), kiêu căng (paranoia) giận dữ (loạn cảm), sung sướng ngây ngất (hoang tưởng thần thánh).
+ *Giảm nét mặt:* giảm nét linh hoạt đến bất động, thể hiện sự đau khổ và ức chế tâm thần (trầm nhược), trạng thái lạc lõng phân vân (lú lẫn), phủ định chống đối, không chịu tiếp xúc (phân liệt); ở người mất trí, người chậm khôn nặng thường không có biểu hiện nét mặt.
+ *Loạn nét mặt:* khi biểu hiện nét mặt và nội dung tâm lý tình cảm không phù hợp.

– *Điệu bộ thiếu hoà hợp:* khi biểu lộ nét mặt mâu thuẫn với lời nói. Ở người bệnh phân liệt, cười vô cớ khó hiểu, có khi có thêm những động tác ký sinh ở mặt.

s://myhanoi.com.vn/

2. Quan sát biểu hiện hành động

+ *Nhại nét mặt và điệu bộ* của người khác thấy ở người chậm khôn, hysteria người giả bệnh, người bị tâm thần phân liệt.

a. Rối loạn tâm-vận động

+ *Kích động:* xuất hiện từng cơn, trong đó nội dung tâm lý và vận động lộn xộn, biểu hiện bằng gây gổ tấn công, xung động, giận dữ, đe doạ. Bệnh căn khác nhau, kích động cường sảng run (delirium tremens) có những nét mê mộng. Mất trí tuổi già thì kích động mang tính chất lo âu định hình, đi lại không ngừng, tăng lên về đêm. Kích động hưng cảm tồn tại đồng thời với xúc cảm hưng cảm. Kích động phân liệt có tính thiếu hoà hợp, đôi khi phá hoại. Kích động của nhiễu tâm (hysteria), nhân cách bệnh có những nét kịch tính, vụ lợi.

+ *Xung động:* là sự thôi thúc không thể kìm nén được, phải thực hiện một cách đột ngột và mãnh liệt có hành vi thường là nguy hiểm. Trong cơn xung động, xảy ra phản ứng kịch phát với những kích thích bên ngoài thường là không có gì đáng kể (không tương xứng nhân-quả). Tính xung động đặc trưng của nhân cách bệnh (mất cân bằng, nhiễu tâm tính cách, nghiện rượu). Cơn xung động (raptus) xuất hiện đáp ứng một đòi hỏi cấp bách mang tính bản năng (với những cơn xung động tấn công hoặc cơn xung động tự sát).

+ *Sững sờ* là trạng thái đình chỉ mọi hoạt động nét mặt, cử chỉ, ngôn ngữ. Sững sờ xúc cảm xuất hiện sau một chấn thương tình cảm làm điếng người, có sững sờ trầm cảm, sững sờ lú lẫn, sững sờ căng trương lực.

+ *Tính dễ uốn như sáp* đặc trưng bởi mất chủ động vận động duy trì những tư thế bị áp đặt. Nó nói lên sự thiếu hoà hợp về tâm lý vận động trong thể căng trương lực phân liệt. Trong bệnh hysteria, những cơn dễ uốn như sáp, những cơn ngây ngất có khi xen kẽ với chứng miên hành.

s://myhanoi.com.vn/

+ *Loạn vận động* là những vận động tự động, lặp đi lặp lại. Động tác định hình ở người bệnh phân liệt, mất trí, chậm khôn (lắc lư thân mình, định hình gãi).
+ *Tăng động* nhu cầu vận động không thể cưỡng nổi, chứng không thể ngồi yên hay chứng loạn vận động muộn (vận động không chủ động, liên tục ở khu vực miệng mũi mặt, đôi khi kèm theo vận động các chi. Dáng đi nhún nhảy (do dùng thuốc an thần kinh).
+ *Biểu hiện Tic:* vận động tự chủ, đột ngột, nhanh, lặp đi lặp lại. Có thể bị 1 nhóm cơ có liên quan về mặt chức năng.
+ Có nhiều loại: nháy mắt, phát tiếng kêu trong họng, nhún vai. Một số tic phức tạp, kéo dài có tính chất cưỡng bức (ăn móng tay, tic nhổ lông tóc, tic chỉnh lại quần áo, tic bĩu môi). tic thường nặng lên khi có xúc động lo hãi, giảm đi khi dịu căng thẳng. Tic thường gặp ở trẻ em 6-8 tuổi hay tuổi dậy thì. Có khi tự phát mất đi. Có khi tồn tại kéo dài hay tái phát ở tuổi trưởng thành (suy nhược tâm thần, lo hãi ám ảnh). Trong hội chứng Gilles de la Tourette, tic kết hợp với nói tục, nhại nét mặt điệu bộ và lời nói.

b. Rối loạn ngôn ngữ

Ngôn ngữ là những từ có chức năng chuyển giao một ý nghĩ. Mọi tư duy đều chuyển thành từ. Ngôn ngữ có thể bị biến đổi.

- Ở trung khu thần kinh: gây ra mất ngôn ngữ, thường kết hợp với mất nhận thức, mất dùng động tác, xuất hiện sớm trong một số trạng thái mất trí (bệnh Alzheimer, mất trí mạch máu...)
- Những rối loạn lời nói khác

– *Nói tháo lời:* ngôn ngữ thao thao xoay quanh một đề tài trội, thường là phân tán, có khi xen vào... cách nói vần, câu hát, tiếng thét. Thường gặp trong hội chứng hưng cảm điển hình.

– *Nói lặp lại liên hồi:* nói lặp lại các từ hay câu không có liên quan về ngữ nghĩa, có khi làm thành 1 câu nói lúng búng khó hiểu (phân liệt, lú lẫn, mất trí tuổi già).

– *Mất nói:* không có tổn thương thực thể ở các trung khu ngôn ngữ hay cơ quan phát âm. Mất nói có thể hoàn toàn hay một

s://myhanoi.com.vn/

phần, toàn bộ hay chọn lọc, vĩnh viễn hay tạm thời. Người bị ức chế cảm xúc, mất nói của người phân liệt thể hiện sự mất tiếp xúc, xa lánh, hoang tưởng chi phối, sự chống đối.

- *Nói ngọng:*
  Có khi gặp ở người giả bệnh, người hưng cảm, hysteria.
- *Nói lắp*
  Một loại rối loạn tâm vận động, tạm thời mất khả năng phát ra một số âm, mất khả năng liên kết những vận động kết âm khác nhau (lặp đi lặp lại hay tắc nghẽn trong khi nói). Nói lắp gặp ở trẻ em, tăng khi xúc động, nhẹ đi khi giảm căng thẳng.
- *Nói lắp lời:*
  Lặp lại không thể cầm được những vần, những từ hay những câu. Thường gặp ở người mất trí, kết hợp với nhại lời, lặp lại lời nói của người đối thoại. Còn gặp ở người Parkinson.
- *Nói một mình*
  Xung động lời nói hay nói tay đôi ảo giác
- *Về cú pháp:* nói không có ngữ pháp, bỏ một số thành phần của câu, diễn đạt như kiểu văn điện tín.
- *Về chức năng ngữ nghĩa:*
  + *Chứng loạn ngôn:*

  Dùng những từ thuộc ngôn ngữ thông thường nhưng nghĩa của các từ đó lại chệch với ý nghĩa thông thường. Ví dụ người hoang thưởng nói họ bị "đặt dưới một con dấu" để nói sự theo dõi thường xuyên mà anh tự bảo mình là đối tượng.

  + *Chứng bịa từ:*

  Bịa ra những thành ngữ, những từ bị cắt xén, những âm vị đảo ngược làm cho từ vào thành ngữ biến dạng khó hiểu. Có khi người bệnh nói một thứ ngôn ngữ riêng, có khi giả giọng địa phương.

  + Nói nhịu

B. RỐI LOẠN HÀNH VI BẢN NĂNG

1. Rối loạn cơ tròn

Sau 3 tuổi còn đái dầm hoặc xuất hiện lại ở tuổi người lớn. Kỷ luật cơ tròn bị mất hay bị rối loạn tạm thời hay kéo dài, ban ngày

s://myhanoi.com.vn/

ban đêm biểu hiện một trạng thái thụt lùi (đái ỉa dầm dề ở người phân liệt hay mất trí, có khi có hành vi bôi bẩn, ăn phân). Có người bệnh luôn kiểm tra màu sắc mật độ của phân (nghi bệnh).

2. Rối loạn giấc ngủ

a. Mất ngủ

Hay gặp trong nhiều loại bệnh. Có thể mất ngủ lúc vào giấc, thức giấc sớm, giấc ngủ ngắt quãng, khó ngủ lại. Mất ngủ có giá trị như triệu chứng tín hiệu của cơn loạn cảm trong bệnh loạn thần hưng trầm cảm, mất ngủ rất hay gặp ở một số người bị hoang tưởng, mê mộng hay ảo giác có thể làm phong phú thêm hoang tưởng trong những giai đoạn trung gian giữa thức và ngủ. Mất ngủ thường gặp ở những người bị nhiễu tâm, lo hãi, suy nhược tâm thần, bệnh tưởng [1].

b. Ngủ gà ban ngày

Giấc ngủ kéo dài đáng kể không có sự tiến triển kịch phát của cơn ngủ rũ. Buổi sáng bệnh nhân dậy rất muộn nhưng vẫn tỏ ra uể oải mệt nhọc. Gặp ở người suy nhược tâm thần, người hysteria.

c. Ác mộng

Thường gặp ở người nhiễu tâm. "Hoang tưởng mê mộng" có nội dung gây lo hãi thường gặp trong bệnh lý nhiễm độc và nhiễm trùng (sảng run, sảng thương hàn) nên một số bệnh nhân thích nằm suốt ngày trong buồng kín, nằm dài trên giường, đóng kín cửa. Có bệnh nhân tích luỹ những vật dị thường, gán cho chúng một ý nghĩa riêng, tổ chức một thế giới riêng, khó hiểu.

3. Hành vi ăn uống

a. Chán ăn hoặc bỏ ăn

Chán ăn vừa hay nặng, toàn bộ hay chọn lọc (muốn gầy đi), hay ăn theo một tiết chế riêng. Chán ăn là một triệu chứng chính của trạng thái trầm nhược [2]; ở thiếu nữ có thể có hội chứng chán ăn - gầy - mất kinh.

b. Không chịu ăn

Trong ám sợ ăn, do bệnh lý chi phối (hoang tưởng, trầm cảm, phân liệt - PL)

---

(1) nghi bệnh

(2) trầm cảm

s://myhanoi.com.vn/

c. Ăn uống quá độ:

+ *Háu ăn:*

Thường xuyên hay kịch phát, có tính chất xung động. Gặp trong trạng thái nhiễu tâm trạng thái ranh giới, phân liệt.

+ *Ăn phân* (lâm bệnh phân liệt thanh xuân, mất trí nặng).

Ợ thức ăn và nhai lại thức ăn ở người chậm khôn nặng.

Xung động uống rượu (nhân cách bệnh)

Xung động uống (tâm bệnh phân liệt (PL), đái tháo nhạt, điều trị lithium...)

Khuynh hướng thích chất độc: gặp ở người chưa thành thục, khó chịu đựng hẫng hụt, đau thể chất phải thường xuyên dùng thuốc (thuốc ngủ) thuốc kích thích, thuốc gây khoái cảm, thuốc chống đau.

4. Những lệch lạc tình dục

a. Loạn dục

Đồng tính luyến ái, loạn dục phô trương, loạn dục với trẻ em, loạn dục với người già, loạn dục với đồ vật, loạn dục cải trang khác giới.

b. Thủ dâm

Liệt dương (nguyên phát, thứ phát, toàn bộ, tạm thời, kéo dài). Nguyên nhân phức tạp (thất bại trong những lần giao hợp đầu tiên, thờ ơ với đối tác, thiếu chung thuỷ, mệt mỏi, làm việc quá sức, trầm nhược, nghiện rượu, nhiễu tâm...)

c. Lãnh đạm tình dục

Mức độ không thích đến ghét sợ quan hệ tình dục; mất cực khoái, co thắt đau khi giao hợp.

C. RỐI NHIỄU HÀNH VI XÃ HỘI

Khái niệm "acting-out manh động" được xem là sự trỗi dậy của những xung năng bị dồn ép hay từ một khuynh hướng, một ý muốn có ý thức hay vô thức chuyển thành thực hiện hành động, thường có tính chất hung bạo tội phạm.

1. Tự sát, ý định tự sát

– Bỏ nhà, bỏ nơi làm việc đi lang thang (bị thôi thúc không cưỡng nổi) bất ngờ, không rõ mục đích và giới hạn thời gian.

s://myhanoi.com.vn/

Gặp trong bệnh động kinh (có mất ý thức và quên sau cơn), nhân cách bệnh mất cân bằng, do hoang tưởng chi phối (để thoát khỏi một sự "đe doạ"). Ở người lú lẫn, mất trí tuổi già, đi rong kèm theo mất định hướng về thời gian và không gian.

2. Ăn cắp bệnh lý

Hiếm gặp. Mất khái niệm về quyền sở hữu. Gặp ở người mất trí, người tâm bệnh phân liệt, người nghiện ma tuý (đòi hỏi bức thiết đi tìm chất ma tuý), ở người nhiễu tâm (xung động ăn cắp) ở người động kinh (ăn cắp do quên).

3. Vi phạm thuần phong mỹ tục

Loạn dục phô trương, hiếp dâm...

- Giết người: hiếm gặp trong bệnh lý tâm bệnh do hoang tưởng (ghen tuông, xung động tăng dục, đòi bồi thường). Người bệnh phân liệt giết người (người thân) vô cớ, bất ngờ, lạ lùng. Người trầm nhược giết nhiều người trong nhà rồi tự sát thường gặp những trường hợp gây thương tich (tâm bệnh phân liệt, rối nhiễu tính cách, một số bệnh nhân động kinh, nghiện rượu).

D. RỐI NHIỄU VỀ TỈNH THỨC

Trong tâm bệnh học, những thuật ngữ "ý thức" và "tỉnh thức" rất gần nhau nhưng không trùng nhau.

1. Ý thức

Với nghĩa "tỉnh táo, tỉnh thức" gồm nhiều mức độ:

- Không có ý thức: thực hiện bởi giấc ngủ
- Tiềm thức: hợp với một hoạt động tự động
- Ý thức sáng sủa, tức thời, tự phát đặc trưng cho mê mộng.
- Ý thức sáng sủa, tức thời, có suy nghĩ: cho phép sự tổng hợp tâm trí hoàn toàn, có ý thức hoàn hảo nhất.

s://myhanoi.com.vn/

2. Chú ý

- Chú ý cố gắng như khi cố gắng với ý thức để tập trung; chú ý tự phát, khi không có ý cố định vào cái gì, chỉ để bắt được bằng một kích thích có ý nghĩa.
- Tăng chú ý: có tính chọn lọc trong trạng thái lo hãi, trầm nhược, bệnh hoang tưởng.
- Giảm chú ý cao độ ở người hưng cảm, quan trạng ở người không ổn định; ở người phân liệt do mất phối nội tâm, thờ ơ, bàng quan.

3. Định hướng thời gian không gian

Khả năng xác định vị trí của mình trong thế giới thực tại; đang ở đâu, thời điểm nào. Mất định hướng thời gian; không gian là triệu chứng chính của lũ lẫn, có khi kết hợp với mất định hướng người khác (rối nhiễu nhận biết người khác), ít khi kết hợp với mất định hướng bản thân ở nhiều mức độ.

a. Cùn nhụt tư duy hay tri giác:

Khó lĩnh hội, mất định hướng mức độ nào đó, tư duy chậm chạp.

b. Ngây ngô

Hoạt động tâm trí như bị đình trệ, nhiều kích thích bên ngoài không tới được.

c. Ý thức u ám:

Ý thức như bị phủ sương mù, rối nhiễu định hướng nhẹ, phản ứng với kích thích chậm.

d. Lú lẫn

Rối loạn ý thức sâu, mất định hướng thời gian, không gian, mất khả năng nhớ.

e. Hôn mê

Mức cao nhất về rối nhiễu tỉnh thức, mất phản ứng với các kích thích một phần hay hoàn toàn.

g. Tăng tỉnh thức

Biểu hiện hưng phấn tâm trí mức độ vừa, chú ý bị phân tán, giảm năng suất trí tuệ, kèm theo rối nhiễu xúc cảm tình cảm. Gặp trong một số trạng thái mê mộng, hưng cảm nhẹ, loạn tâm do thuốc (L.S.D amphétamines).

s://myhanoi.com.vn/

4. Rối nhiễu định hướng về tỉnh thức

a. Ý thức thu hẹp

Được mô tả như một trạng thái kịch phát với sảng mê, ngây ngất, ức chế nhiều nội dung tư duy, chỉ hướng vào một điều băn khoăn, một tình huống đã qua nào đó. Gặp trong các trạng thái phản ứng cấp, nhiễu tâm, hysteria.

b. Trạng thái hoàng hôn

Giống trạng thái thôi miên, gồm nhiều hoạt động tự động. Xuất hiện đột ngột, tồn tại ngắn, biến đi đột ngột. Trong cơn xúc cảm căng thẳng, hỗn hợp buồn rầu lo lắng và hung dữ. Hành vi thường vẫn có tính kế tục. Có thể kèm theo ảo thị và hoang tưởng cảm thụ cấp. Do đó người bệnh có thể có hành vi nguy hiểm. Sau cơn, bệnh nhân quên tất cả. Thường gặp trong bệnh động kinh hay các bệnh thực thể của não trạng thái mê mộng, trạng thái rối loạn ý thức giống như những cảnh chiêm bao xen với những cảnh thật. Chủ thể tham gia một cách tích cực những cảnh nhộn nhịp, giàu huyễn tưởng gây ra những phản ứng xúc cảm lo hãi hoảng loạn, căng thẳng. Ít gặp biểu hiện khoái cảm. Chứng sảng run là một trạng thái lú lẫn, tâm trí mê mộng và kích động. Hội chứng mê mộng thường gặp trong bệnh PL chu kỳ, động kinh, bệnh thực thể ở não.

c. Trạng thái giống mộng tiến triển cấp đặc trưng bởi sự xuất hiện đột ngột những hoang tưởng đa dạng làm đảo lộn những mối quan hệ liên kết bệnh nhân với bản thân và với thế giới.

E. RỐI NHIỄU VỀ Ý THỨC BẢN THÂN

Ý thức bản thân hiểu theo 2 chiều:

- Sơ đồ thân thể (vật chất sinh học, những cơ quan, kinh nghiệm vừa tĩnh và động).
- Kinh nghiệm tâm lý về thực tế, về nhận dạng bản thân và nhận dạng người khác.

1. Rối nhiễu về sơ đồ và về cảm nhận cơ thể

- Tổn thương bán cầu vỏ não trội (mất nhận thức ngón tay riêng rẽ - hội chứng Gerstmann mất phân biệt bên phải bên trái, mất nhận thức ngón tay, mất nói, mất tính, mất dùng động tác - mất nhận thức định khu bản thân).

s://myhanoi.com.vn/

– Tổn thương bán cầu não không trội: hội chứng Anton-Babinski (mất nhận thức nửa thân, mất nhận thức bệnh: ứng xử như thể không bị liệt).

a. Cảm giác "chi ảo"

Ở người bị cắt cụt chi (ảo tưởng). Chi ảo có thể là vị trí biểu hiện đau đớn (trạng thái ảo giác đau).

b. Loạn cảm giác bản thể

Chỉ những biến đổi cảm giác chung tại một vùng nào đó, không có tính chất nghi bệnh. Về chủ quan không phân biệt rõ rệt với dị cảm (có cơ sở thực tổn). Loạn cảm giác bản thể được người bệnh cảm nhận như lạ lùng, khó chịu hơn là đau đớn, được mô tả như bị vặn, bị xé, bị cắt đứt, trống rỗng, biến hình của một cơ quan nào đó, một vùng nào đó hay một chức năng nào đó. Có thể gặp trong nhiễu tâm (hysteria, suy nhược tâm thần). Gặp hầu như thường xuyên trong những trạng thái nghi bệnh mang tính chất hư giác ở một số người hoang tưởng.

2. Giải thể nhân cách (phân thân)

Có thể là cảm nghĩ sai về đặc điểm cơ thể (rối loạn sơ đồ cơ thể): một phần cơ thể, một cơ quan cảm thấy bị biến đổi hình dạng, trọng lượng, độ dài, mật độ, vị trí...

Có thể là cảm nghĩ sai lầm về đặc điểm tâm lý: cảm xúc ý nghĩ, ứng xử, nhân cách cảm thấy bị biến đổi, cái tôi đã bị mất hay bị tách đôi, một nửa cái tôi suy nghĩ ứng xử thế này, nửa kia của cái tôi lại suy nghĩ ứng xử thế khác.

Thường gặp trong bệnh loạn tâm có thực tổn ở não (vùng đỉnh), tâm thần phân liệt trong nhiễm độc L.S.D 25, mescalin.

G. RỐI NHIỄU KHÍ CHẤT (HUMEUR)

Khí chất là trạng thái tình cảm cơ bản, hết sức phong phú về cung bậc xúc cảm và bản năng, tạo cho tâm trạng của chúng ta sắc thái dễ chịu hay khó chịu, dao động giữa hai thái cực từ thích thú đến đau đớn. Khí chất biến đổi theo sự thoả mãn hay không thoả mãn những nhu cầu bản năng, nhu cầu về quan hệ (vợ chồng, gia đình, nghề nghiệp) hay nhu cầu văn hoá (giải trí, du lịch...)

s://myhanoi.com.vn/

Tính khí có thể biến đổi theo hướng âm tính (trầm cảm), dương tính (vui, hưng cảm) hay bàng quan.

1. Tính khí trầm cảm (humeur dépressive)

Xúc cảm trầm (affects dépressifs) biểu hiện nhiều sắc thái buồn bực, uể oải, buồn nhớ, phiền muộn, chán nản, nản trí đến mức độ trầm cảm sâu sắc nhất (buồn rầu bệnh lý, đau đớn tâm thần) loạn cảm (dysphoric) kèm theo mặc cảm tự ti, bi quan, ức chế.

2. Tính khí vui (xúc cảm vui vẻ)

Biểu hiện: thoả mãn, dễ chịu, thích thú, vui vẻ khoái cảm đến những cơn kịch phát hưng cảm hay trạng thái ngây ngất. Nhiều mức: hưng cảm nhẹ (tăng hoạt động, hay can thiệp) đến hưng phấn mạnh về khí chất, tư duy, vận động (hưng cảm cấp). Nhiễm độc (rượu, ête, amphetamin...) có thể gây hưng phấn khí chất thoáng qua.

3. Bàng quan khí chất

Người bệnh trơ trẽn lạnh nhạt, hững hờ, tính cách thiếu nét riêng, không đáp ứng với những kích thích thông thường (tâm thần phân liệt, cơn trầm cảm).

H. RỐI NHIỄU TRI GIÁC

Chức năng tri giác tốt khi có sự tham gia hài hoà giữa những thụ thể giác quan ngoại vi, cấu tạo thần kinh trung ương, học tập để phân biệt, nhận biết và cuối cùng nhận dạng mọi đối tượng (âm thanh, mùi, vị...) có 12 phương thức ý thức một đối tượng.

- Tri giác giác quan: đối tượng tồn tại trong một không gian thật "khách quan hoá".
- Biểu tượng tâm đối tượng có hình ảnh, chủ quan trong tưởng tượng.

1. Tri giác sai thực tại (déréalisation)

Đối tượng được cảm nhận xung quanh như xa lạ, kỳ quặc, lạ lùng.

a. Tăng cảm giác

Ngưỡng kích thích giảm với âm thanh, màu sắc (lú lẫn, nhiễm độc).

s://myhanoi.com.vn/

b. Giảm cảm giác

Ngưỡng kích thích tăng: âm thanh tắt dần, màu sắc nhợt nhạt (trầm nhược). Trong cơn hưng cảm, tri giác tinh nhạy đôi khi kèm theo tăng thích thú xúc cảm và thẩm mỹ.

c. Đồng cảm giác (synesthésies).

Tri giác, giác quan trong một khu vực nhất định biểu hiện bằng sự tương ứng hay cộng hưởng, do một cảm giác trong lĩnh vực cảm giác - giác quan khác (hiện tượng nghe màu - audition colorée).

Gặp trong nhiễm độc Mescalin, Psilocybin.

2. Tri giác sai

a. Ảo tưởng

Tri giác sai 1 vật thật bị biến chất hay biến dạng ảo tưởng giàu màu sắc (paréidolies) ảo tưởng thường gặp trong các cơn lo hãi, trạng thái giống mộng, lú lẫn.

b. Ảo giác

Tri giác sai lầm xảy ra khi không có kích thích bên ngoài. Đó là tri giác không đối tượng để tri giác.

3. Ảo giác tâm lý - giác quan

Là những hư giác thật, đặc trưng bởi tính giác quan (cảm giác) nghĩa là phân loại theo tính chất giác quan, và tính không gian (chỉ rõ tình huống bên ngoài và điểm cách của vật ảo giác) và bằng sự tin tưởng vào tính thực tế khách quan của ảo giác. Có ảo giác thô sơ và ảo giác phức tạp. Ảo giác thật chia ra:

Ảo giác thính giác, ảo giác thị giác, ảo giác khứu giác và vị giác, ảo giác xúc giác, ảo giác cảm giác bản thể (cảm giác trong, ảo giác biến dạng hoàn toàn cơ thể: biến hình, bị động vật hay ma quỷ ám ảnh, hay những cảm giác khu trú ở một phần cơ thể (loạn cảm giác bản thể) ảo giác ở một số bộ phận cơ quan tiêu hoá (ruột bị tắc, căng giãn, thối rữa), tim bị bóp, không đập nữa biến thành cục cao su.

4. Ảo giác tâm thần

Ở đây ảo giác vẫn được xác định là tri giác, nhưng mất những chỉ báo về tính giác quan và tính không gian, ảo giác tâm thần lời nói, những tiếng nói bên trong là sự khách thể hoá tâm trí độc đáo, biểu tượng tâm lý của chúng.

s://myhanoi.com.vn/

5. Hội chứng bị chi phối

Một hiện tượng ký sinh được cảm nhận như bị áp đặt, bị tác động từ bên ngoài. Chủ thể tin rằng ý nghĩ, tình cảm của họ đều bị người khác biết trước, bị nhắc lại như tiếng vang, bị đánh cắp, những hành động bị điều khiển hay bình phẩm; họ bị cưỡng bức phát ra những từ những câu mà họ không nhận là của mình. Cảm giác bị thư phù, bị xâm nhập. Chủ thể cảm thấy hoàn toàn bị tách làm đôi và luôn có 1 người khác điều khiển hành động bên ngoài của họ (chi phối) và hành động bên trong của họ (ám ảnh).

6. Hội chứng tâm thần tự động

Của G.de Clérambault đặc trưng bởi 1 động tự động tự phát của 1 phần hay toàn bộ đời sống tâm thần. Ý tưởng tự động (ý nghĩ bị bộc lộ bị đánh cắp, do người khác áp đặt), cảm giác tự động (do người khác gây ra đói khát, đau, nóng lạnh), vận động tự động (người khác dùng họng của mình để nói). Gặp trong bệnh phân liệt động kinh, loạn tâm triệu chứng, loạn tâm phản ứng.

I. RỐI NHIỄU TRÍ NHỚ

Trí nhớ gồm 3 quá trình: ghi nhớ, bảo tồn, nhớ lại (nhận lại, hiện lại). Những nhân tố giúp cho trí nhớ: tuổi (khoảng 20 tuổi, tiếp thu tốt nhất), ôn tập, động cơ tich cực, chú ý tập trung cao, thông tin gây cảm xúc, tài liệu được trình bày lôgic, có ý nghĩa, một số thuốc (cafein, amphetamin).

1. Giảm nhớ

(Loạn tâm tuổi già, liệt toàn thể tiến triển, suy nhược thần kinh).

2. Tăng nhớ

(Hưng cảm)

3. Quên

Quên toàn bộ (mất trí), từng phần (một số kỷ niệm, thao tác nghề nghiệp...) do tổn thương một vùng não, xúc cảm mạnh.

s://myhanoi.com.vn/

a. Quên thuận chiều (sau chấn thương sọ, lú lẫn, hôn mê) quên ngược chiều (chấn thương sọ, vữa xơ mạch não).

b. Quên trong cơn (động kinh, cơn hoàng hôn)

4. Loạn nhớ

a. Nhớ giả

Còn gọi là ảo tưởng trí nhớ (lẫn sự kiện này với sự kiện khác, thời gian này với thời gian khác).

b. Bịa chuyện

Còn gọi hư giác [1] trí nhớ bệnh nhân kể những sự việc không hề xảy ra với mình, khẳng định có thật. Lú lẫn bịa chuyện là bịa chuyện kèm theo mất định hướng.

Hai rối nhiễu trên có thể gặp trong bệnh thực tổn ở não, phân liệt (không kèm theo quên và có tính hoang tưởng kỳ quái).

c. Nhớ nhầm

Việc của người khác lại nhớ là của mình, việc hay ý nghĩa của mình lại nhớ như đã đọc, nghe ở đâu.

d. Nhớ đang sống dĩ vãng (ecmnésie): hành động như lúc trẻ 20 năm trước, soi gương không nhận là mình, cho là một bà già nào đó (loạn tâm tuổi già, động kinh).

5. Hội chứng Korsakov

Gồm quên thuận chiều, loạn nhớ, vẫn nhớ những sự kiện cũ (trước khi mắc bệnh). Gặp trong nghiện rượu mạn, chấn thương sọ (cấp) tổn thương thực thể ở não, liệt toàn thể, u não, vữa xơ động mạch não.

K. RỐI NHIỄU TƯ DUY

Sự liên kết những ý tưởng khác nhau bằng phương pháp nào đó (tưởng tượng, lý giải) và sự tạo thành những ý tưởng mới từ những ý tưởng hiện tại là chức năng có tổ chức nhất của những tổ hợp tâm sinh học: tư duy những cơ chế tư duy không ngừng tổ hợp những tình cảm, xúc cảm và kỷ niệm...

---

(1) ảo giác

s://myhanoi.com.vn/

1. Rối nhiễu dòng tư duy

a. Nhịp tư duy nhanh về lưu lượng lời nói, về chuyển ý, mất khả năng tập trung vào một đề tài. Liên tưởng mau lẹ có tính chất cơ học (theo vần, theo chỗ gần nhau, giống nhau, khác nhau) nội dung nông cạn, chủ đề luôn thay đổi theo tác động của hoàn cảnh, nói thao thao bất tuyệt. Gặp trong trạng thái hưng cảm, tư duy dồn dập (phân liệt) nói hổ lốn (phân liệt mất trí).

b. Nhịp tư duy chậm: suy nghĩ khó khăn, hỏi gặng mãi mới trả lời. Gặp trong trạng thái trầm nhược. Tư duy ngắt quãng (PL). Tư duy lai nhai: bệnh nhân khó chuyển từ chủ đề này sang chủ đề khác, sa vào các chi tiết vụn vặt (động kinh). Tư duy kiên định: trong câu chuyện luôn lặp lại một chủ đề. Gặp trong PL nhân cách bệnh, loạn tâm phản ứng.

c. Rối nhiễu hình thức phát ngôn

Nói một mình nói tay đôi, trả lời bên cạnh, không nói, nói lặp lại, đáp lặp lại, nhại lời, cơn xung động lời nói.

– Theo kết cấu ngôn ngữ

Nói khó, nói thì thào, nói lắp, nói giọng mũi, giả giọng địa phương khác, giả giọng nước ngoài.

Ngôn ngữ phân liệt, ngôn ngữ rời rạc không liên quan, chơi chữ, chơi ngữ pháp, bịa từ mới, tiếng nói riêng. Thường gặp trong tâm thần phân liệt.

Theo ý nghĩa mục đích của ngôn ngữ:

Suy luận bệnh lý, tư duy hai chiều, tư duy tự toả, tư duy tượng trưng.

2. Rối nhiễu nội dung tư duy

a. Định kiến

Những ý tưởng có cường độ đủ để làm nhiễu nội dung tư duy, có khuynh hướng xâm phạm toàn bộ phạm vi trí khôn, duy trì bằng một cảm xúc rất mạnh. Định kiến chi phối toàn bộ cảm xúc hành vi.

b. Ý tưởng ám ảnh

Ý tưởng ám ảnh là triệu chứng chính của chứng nhiễu tâm ám ảnh, và trong một số cơn trầm nhược. Những thể ám ảnh giả của PL: ám ảnh có đề tài trừu tượng.

s://myhanoi.com.vn/

Đặc trưng bởi sự xuất hiện trong tư duy một cảm nghĩ, một ý tưởng, một khuynh hướng, chủ thể cảm thấy như một hiện tượng bệnh lý, bất đồng với cái tôi có ý thức của họ, ý tưởng ám ảnh có tính chất cưỡng bức, quấy rầy, chủ thể đấu tranh chống lại hết sức khó chịu, lo hãi.

- *Những ám ảnh tư duy:* nhiễm độc bởi một ý tưởng, bởi những công thức, những danh từ, ám ảnh tính toán, luôn đặt ra những câu hỏi có tính chất nghi ngờ, lo ngại, thận trọng.
- *Ám sợ:* liên quan đến một vật hay một tình huống thấy là vô lý nhưng không thể xua khỏi tâm trí.
- *Ám ảnh xung động:* lo sợ ám ảnh mắc phải một hành vi xấu, nguy hiểm.
- *Ám ảnh sợ:* lo hãi một vật hay một tình huống không hề có tính chất nguy hiểm; lo hãi biến đi khi không còn vật hay tình huống đó.

Hoang tưởng: triệu chứng quan trọng của loạn tâm. Hoang tưởng không phải chỉ là ý tưởng sai lầm như phủ nhận chứng cứ và thực tế; hoang tưởng là do sự lệch lạc về phán đoán, những biến đổi tri giác (ảo tưởng, ảo giác tưởng tượng hay những trực giác bất ngờ sẽ tạo thành những cơ chế phát sinh và tổ chức hoang tưởng.

Hoang tưởng được hình thành và tiến triển qua nhiều giai đoạn: khí sắc hoang tưởng, tri giác hoang tưởng, suy đoán hoang tưởng, hoang tưởng kết tinh, hoang tưởng tan biến.

- Phân loại hoang tưởng
  + Hoang tưởng nguyên phát, hoang tưởng thứ phát.
  + Theo phương thức kết cấu, chia ra hoang tưởng suy đoán, hoang tưởng cảm thụ

c. Các loại hoang tưởng suy đoán

- Hoang tưởng bị truy hại, bị chi phối, hoang tưởng liên hệ, hoang tưởng ghen tuông.

  Nhóm hoang tưởng tự ti, tự phủ định: hoang tưởng tự buộc tội, hoang tưởng nghi bệnh.
- Nhóm hoang tưởng khuếch đại:

Hoang tưởng tự cao, phát minh, hoang tưởng được yêu.

s://myhanoi.com.vn/

Đặc điểm: xuất hiện tiên phát rối loạn nhận thức lý tính chủ yếu, hoang tưởng có hệ thống, tính chất bền vững và tiến triển có biến đổi toàn bộ hoạt động tâm thần và nhân cách.

– *Các loại hoang tưởng cảm thú*

+ Hoang tưởng nhận nhầm
+ Hoang tưởng gán ý
+ Hoang tưởng đóng kịch
+ Hoang tưởng biến hình bán thân
+ Hoang tưởng kỳ quái
+ Hoang tưởng kỳ quái cấp: nội dung khuếch đại kèm xúc cảm hưng phấn. Nội dung phủ định kèm xúc cảm trầm nhược. Hội chứng Cotard gồm các triệu chứng: đau khổ vô biên, phủ định ngoại cảnh, phủ định bản thân. Đặc điểm: xuất hiện thứ phát sau rối loạn hay rối loạn tri giác, lúc khởi phát đã có các triệu chứng tâm thần khác (hưng phấn vận động, ảo giác, rối loạn cảm xúc); cả nhận thức lý tính và cảm tính bị rối loạn. Hoang tưởng không hệ thống thiếu lôgic; ít biến đổi nhân cách.

– *Hoang tưởng di chứng*

Những hoang tưởng còn lại sau khi trạng thái loạn tâm cấp đã qua.

3. Rối nhiễu phán đoán

Phán đoán cho phép nhận biết những quan hệ tồn tại giữa những niềm tin sơ đẳng khác nhau. Niềm tin là một dữ kiện được xem là xác thực, chính xác. Suy luận là một khái niệm về khớp nối sự phán đoán này với một phán đoán khác. Phán đoán cho phép chủ thể nhận biết là đúng hay lôgic 1 sự việc, 1 ý kiến, 1 tư duy nhất là của bản thân. Tự phê phán là 1 dạng phán đoán.

Phán đoán là biểu hiện rất tinh luyện của trí khôn, áp dụng một cách cụ thể và cho phép làm chủ những ý tưởng trìu tượng, chứng cứ của hiệu quả tổng hợp thuộc tư duy. Giữa phán đoán và trí khôn không có mối liên quan chặt chẽ. Có người có mức trí tuệ cao lại mắc những sai lầm về phán đoán, trong khi những người trung bình lại hiểu lẽ đời chắc chắn.

s://myhanoi.com.vn/

Phán đoán có thể thuận lợi, có thể bị sai, bị ức chế, bị méo mó trong 1 số tình huống hay trạng thái tâm bệnh.

Những rối nhiễu phán đoán thường gặp trong lâm sàng tâm bệnh.

a. Tạm thời và có thể hồi phục trong trạng thái lú lẫn:

Rối nhiễu khả năng phân biệt, lựa chọn hai dữ kiện, tổng hợp tâm trí suy giảm vì suy luận, suy nghĩ và tập trung bị suy giảm. Tư duy khái niệm bị chậm lại, những ý tưởng mất phối hợp, lời nói và hành động cũng vậy.

b. Thiếu phán đoán

Thường tiến triển, vĩnh viễn và toàn bộ trong quá trình mất trí, liệt toàn thể.

c. Phán đoán bệnh lao

Trong các trạng thái hoang tưởng cấp hay mạn. Phán đoán theo ý nghĩa hay niềm tin chủ quan; ở người bệnh phân liệt nói rất trìu tượng khó hiểu, xây dựng trên những quy luật không đúng, phán đoán ở đây không những là một phương thức suy nghĩ mà còn là một phương thức sống và hành động.

Giải thích suy đoán: ở người bình thường là "hoạt động của một bộ óc hiếu kỳ, muốn tìm cách đi sâu vào một hiện tượng, một tình huống nhất định, tìm hiểu ý nghĩa và rút ra kết luận.

Trong tâm bệnh học, giải thích (suy đoán) được định nghĩa là "một phán đoán sai về một tri giác đúng": rối nhiễu hoang tưởng có khuynh hướng suy đoán. Khi cơ chế suy đoán trội trong một hệ thống hoang tưởng thì gọi là "hoang tưởng suy đoán".

IV. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN

Các biện pháp điều trị lựa chọn như sau:

A. ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG

Căn cứ vào trạng thái tâm thần hiện tại được xác định.

Biểu hiện loạn thần (hoang tưởng ảo giác, căng trương lực, ngôn ngữ hành vi hỗn loạn, hưng cảm...) chỉ định các thuốc an thần (như Aminazin, Nozinan, haloperidol).

Biểu hiện lo âu sợ hãi: cho các thuốc bình thản (Seduxen...)

s://myhanoi.com.vn/

Biểu hiện trầm cảm: cho các thuốc hưng phấn (amitriptylin, Anafranil).

B. ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN

- Trong các trường hợp có nguyên nhân chưa rõ
  + Các bệnh tâm căn, các bệnh khác có liên quan đến stress: liệu pháp tâm lý là chủ yếu, liệu pháp hoá dược hỗ trợ.
  + Các trường hợp rối loạn tâm thần do nhiễm trùng, nhiễm độc, chấn thương hay các bệnh cơ thể khác điều trị các bệnh cơ thể kết hợp điều trị các rối loạn tâm thần theo cách điều trị triệu chứng trên đây.

C. ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP CÁC BIỆN PHÁP

- Với trường hợp loạn hành vi của thanh thiếu niên, áp dụng kết hợp các biện pháp
  + Y - tâm lý giáo dục
  + Liệu pháp hành vi
  + Liệu pháp gia đình

Ngoài ra rất nhiều bệnh tâm thần thường tiến triển kéo dài và làm giảm sút sức lao động, cần áp dụng nhiều liệu pháp khác như:

Dưỡng sinh, âm nhạc liệu pháp - nghệ thuật liệu pháp-liệu pháp tâm vận động-lao động liệu pháp, phục hồi chức năng.

- Liệu pháp tâm lý được áp dụng cho mọi loại bệnh và ở mọi giai đoạn bệnh.

s://myhanoi.com.vn/

BỆNH HỌC

BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tâm thần phân liệt ở nhiều nước trên thế giới có tỷ lệ trung bình là 1% số dân. Ở Việt Nam, khoảng 0,3-1%; tâm thần phân liệt chủ yếu là bệnh của tuổi trẻ, đa số trường hợp bắt đầu từ 15-25 tuổi.

Từ xưa, tâm thần phân liệt đã được các nhà tâm thần học nhiều nước nghiên cứu và mô tả theo nhiều bệnh cảnh khác nhau với nhiều tên gọi khác nhau. Năm 1898, Kraepelin E. (Đức) hợp các bệnh cảnh khác nhau nói trên dưới tên gọi chung là bệnh mất trí sớm, căn cứ chủ yếu vào đặc điểm tiến triển của bệnh. Về sau, nhận thấy không phải thể bệnh tâm thần phân liệt nào cũng sớm đưa đến mất trí, năm 1911, Bleuler P.E. đặt tên mới là tâm thần phân liệt, căn cứ vào các nét lâm sàng mà ông cho là đặc trưng nhất của bệnh. Đó là sự chia cắt (phân liệt) giữa các thành phần của tâm thần làm cho nhân cách mất hài hoà và tan rã. Đó là cảm xúc cùn mòn, tư duy nghèo nàn, ý chí suy đồi (giảm sút năng lượng tâm thần), thường được gọi là các triệu chứng âm tính. Năm 1939, Shneider (Đức) cho rằng các triệu chứng âm tính cũng có thể xuất hiện trong nhiều trạng thái tâm thần khác nên không thể dùng để quyết định chẩn đoán tâm thần phân liệt được. Ông nêu ra một loạt các triệu chứng khác gọi là các triệu chứng hàng đầu đặc trưng cho tâm thần phân liệt như: hoang tưởng bị chi phối (người bệnh cho rằng mình bị các lực lượng siêu nhân bên ngoài điều khiển), ảo thanh (người bệnh nghe có tiếng nói lạ trong đầu mình luôn luôn bình phẩm, doạ nạt, sai khiến), hiện tượng tâm thần tự động (người bệnh cho rằng những ý nghĩ thầm kín của mình đã bị người khác biết được hay bị đánh cắp v.v..) và một số triệu chứng khác.

s://myhanoi.com.vn/

Năm 1992 các nhà tâm thần học trên thế giới đã tham gia soạn thảo Bảng phân loại bệnh quốc tế 10 của OMS đã thống nhất dựa chủ yếu vào các triệu chứng hàng đầu của Schneider để xây dựng các tiêu chuẩn, chẩn đoán tâm thần phân liệt.

II. NGUYÊN NHÂN PHÁT SINH BỆNH

Đang được tiếp tục nghiên cứu theo nhiều hướng khác nhau. Cho đến nay, nhiều tác giả vẫn cho rằng tâm thần phân liệt là bệnh di truyền và nghiên cứu bệnh theo hướng này. Theo Debray J (Pháp) nguy cơ bị tâm thần phân liệt chỉ có ở 10% anh chị em ruột, 12% con cái và 6% bố mẹ những người mắc bệnh tâm thần phân liệt, nếu cả bố lẫn mẹ đều bị tâm thần phân liệt thì nguy cơ bị bệnh ở con cái cũng chỉ từ 30-40%. Phương thức di truyền tâm thần phân liệt đang còn là giả thuyết (các thuyết một gen, hai gen, nhiều gen v.v..). Một tương quan giữa nhân tố di truyền và nhân tố môi trường tâm lý xã hội đối với sự phát sinh bệnh cũng chưa xác định được. Bên cạnh hướng nghiên cứu về di truyền, còn có nhiều hướng nghiên cứu khác như tự miễn dịch, virus chậm, rối loạn chuyển hoá (catecholamin, serotonin, dopamin, GABA, endocphin v.v..), nhân cách trước khi bị bệnh, mất thích ứng với các stress tâm lý xã hội, rối loạn cấu trúc và xung đột gia đình, các biến đổi văn hoá, xã hội, v.v..

Một hướng nghiên cứu được chú ý nhiều nhất gần đây, thuyết tăng hoạt động hệ phản ứng dopamin trong tâm thần phân liệt, được các nhà tâm thần dược lý và tâm thần bệnh học ủng hộ. Ví dụ các thuốc an thần kinh làm hạ hoạt động dopamin ở các nhân xám trung ương ở não gây ra tác dụng phụ ngoại tháp đồng thời cũng làm mất triệu chứng loạn thần cơ bản của tâm thần phân liệt. Tuy nhiên, kết quả của thuyết dopamin cũng như nhiều thuyết khác, riêng nó chưa có đầy đủ giá trị chứng minh và thuyết phục. Quan điểm hiện nay của đa số tác giả là không xem tâm thần phân liệt như một đơn thể bệnh thuần nhất mà xem như gồm nhiều nhóm bệnh khác nhau. Vì vậy, tâm thần phân liệt không do nguyên nhân độc nhất mà do nhiều nguyên nhân (cả sinh học lẫn môi trường) kết hợp với nhau.

s://myhanoi.com.vn/

III. CÁC TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

A. RỐI LOẠN TƯ DUY

Hai nét đặc trưng nhất là hội chứng tâm thần tự động và hoang tưởng bị chi phối. Đặc biệt, người bệnh hiện nay thường nói đến hiện tượng bị chi phối bằng các máy móc vô tuyến điện, máy ghi âm, máy điều khiển từ xa v.v.. Cũng hay nói đến việc chi phối bằng thôi miên, bằng phù phép v.v..

B. RỐI LOẠN NGÔN NGỮ

Ngôn ngữ của người mắc bệnh tâm thần phân liệt thường sơ lược, tối nghĩa, ẩn dụ, trở thành kỳ dị, khó hiểu; hay gặp hiện tượng lời nói ngắt quãng, khi tiếp chuyện dễ có những từ lạ xen vào, liên tưởng lỏng lẻo, tuỳ tiện, sinh ra nói linh tinh, đầu gà đuôi vịt. Nếu bệnh tiến triển mạn tính, lời nói ngày càng trở nên mơ hồ, nghèo nàn, định hình.

C. RỐI LOẠN TRI GIÁC

Ảo thanh là nét đặc trưng nhất (nghe tiếng nói bình phẩm hoặc ra lệnh đối với mình) các loại ảo giác khác như ảo thị; ảo giác xúc giác, ảo giác khứu giác hiếm thấy hơn; nhiều khi có những rối loạn cảm giác ở nội tạng; cơ quan (loạn cảm giác bản thể) và cảm giác biến đổi các bộ phận trong cơ thể (giải thể nhân cách).

D. RỐI LOẠN CẢM XÚC

Nét đặc trưng là cảm xúc ngày càng cùn mòn, khô lạnh; cũng thường gặp cảm xúc không phù hợp với nội dung lời nói hay hoàn cảnh xung quanh (như biểu hiện vui vẻ khi kể lại một sự việc bi thảm) hoặc cảm xúc hai chiều (như cùng một lúc vừa yêu vừa ghét một người, một hiện tượng); đôi khi xuất hiện những cảm xúc đột biến, những cơn giận dữ bất ngờ rất nguy hiểm.

E. RỐI LOẠN TÂM LÝ VẬN ĐỘNG

Có nhiều loại, nhưng đặc trưng là trạng thái căng trương lực biểu hiện bằng hai trạng thái kích động và bất động xen kẽ nhau. Trong trạng thái bất động, có những triệu chứng điển hình như

s://myhanoi.com.vn/

gối không khí (nâng đầu bệnh nhân lên khỏi giường, bệnh nhân giữ nguyên tư thế ấy trong một thời gian dài), động tác và lời nói định hình (luôn lặp đi lặp lại một động tác hay một câu nói trong một thời gian dài) và nhiều triệu chứng khác.

G. RỐI LOẠN Ý CHÍ

Ý chí ngày càng suy sụp là rối loạn đặc trưng; người bệnh mất sáng kiến, mất động cơ, mất thích thú, hoạt động mất hiệu quả, ngày càng lười hoạt động, lười cả về vệ sinh cá nhân, tiến đến nằm lì một chỗ, không làm gì cả. Tất cả những rối loạn trên tổng hợp lại thành nhân cách đặc biệt gọi là nhân cách phân biệt với hai tính chất cơ bản: tính thiếu hoà hợp hay sự mất thống nhất giữa các thành phần hoạt động tâm thần; tính tự kỷ biểu hiện bằng sự tách rời khỏi thế giới xung quanh để quay về đời sống bên trong bí ẩn, lạ kỳ, tự mình mình biết, không ai hiểu được.

IV. CÁC TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

Tâm thần phân liệt hiện nay được xem là một bệnh loạn thần nội sinh, không do những tổn thương thực thể hoặc những bệnh cơ thể gây ra. Các xét nghiệm cận lâm sàng làm trên người bệnh tâm thần phân liệt chủ yếu nhằm phục vụ cho chẩn đoán phân biệt giữa tâm thần phân liệt với những bệnh thực tổn có rối loạn tâm thần (ghi điện não, điện tim, các xét nghiệm sinh hoá, huyết học, X quang, v.v..). Ngoài ra còn giúp theo dõi các biến đổi trong cơ thể người bệnh, các tác dụng phụ đa dạng trong khi sử dụng các thuốc hướng thần. Chưa có xét nghiệm cận lâm sàng nào riêng nó, kể cả các trắc nghiệm test tâm lý, có thể giúp khẳng định chẩn đoán bệnh tâm thần phân liệt.

Tiến triển bệnh tâm thần phân liệt điển hình nhất là thể tiến triển liên tục, thường qua ba giai đoạn: báo trước, toàn phát và di chứng.

A. GIAI ĐOẠN BÁO TRƯỚC

Người bệnh càng ngày càng thấy khó khăn trong học tập và công tác, thấy những biến đổi là lạ không rõ ràng trong người, cảm xúc lạnh nhạt dần, khó thích ứng với ngoại cảnh; tiếp đến trạng

s://myhanoi.com.vn/

thái giống như suy nhược thần kinh; đầu óc mù mờ, khó suy nghĩ, bồn chồn lo lắng. Sau nữa, cảm giác bị động tăng dần: thấy như đuối sức trước cuộc sống, không theo kịp những biến đổi xung quanh, trương lực tâm thần giảm dần.

B. GIAI ĐOẠN TOÀN PHÁT

Các triệu chứng loạn thần xuất hiện rầm rộ, rõ rệt, phong phú. Tuỳ theo triệu chứng hay hội chứng nào nổi bật lên hàng đầu và chiếm đa số thời gian trong giai đoạn này, người ta chia ra các thể lâm sàng khác nhau. Tất nhiên, mỗi thể đều phải có những triệu chứng khác nằm trong các tiêu chuẩn chẩn đoán tâm thần phân liệt, tuy mờ nhạt hơn. Theo Bảng phân loại bệnh quốc tế 10 (ICD 10), các thể lâm sàng gồm: thể hoang tưởng thường gặp nhất, các triệu chứng hoang tưởng (đặc biệt hoang tưởng bị chi phối) và ảo giác (đặc biệt ảo thanh) nổi bật lên hàng đầu; thể thanh xuân xuất hiện ở tuổi trẻ và nổi bật lên hàng đầu là các triệu chứng kích động si dại, cảm xúc hỗn độn, tư duy rời rạc, đặc biệt rối loạn tác phong nhiều loại (cười rúc rích, tinh nghịch, cau có, quấy phá, v.v..) thể căng trương lực chiếm ưu thế là các triệu chứng kích động xen kẽ với bất động, gối không khí, nói lặp lại, phủ định, chống đối, động tác định hình, v.v..; thể đơn thuần có các triệu chứng dương tính (hoang tưởng, ảo giác) không rõ ràng, lẻ tẻ, nằm mờ nhạt ở phía sau bệnh cảnh và nổi bật lên phía trước là các triệu chứng âm tính: giảm sút hiệu quả trong mọi hoạt động, không thích ứng với các yêu cầu của xã hội, cảm xúc cùn mòn dần, ý chí suy yếu dần.

C. GIAI ĐOẠN DI CHỨNG

Trong giai đoạn này các triệu chứng loạn thần dương tính của giai đoạn toàn phát mất đi hoặc mờ nhạt, không còn ảnh hưởng đến cảm xúc của người bệnh, các triệu chứng phân liệt âm tính nổi bật lên: hoạt động kém, cảm xúc cùn mòn, bị động trong cuộc sống, thiếu sáng kiến, ngôn ngữ nghèo nàn, kém chăm sóc cá nhân, v.v.. Bệnh tâm thần phân liệt có thể tiến triển theo nhiều phương thức khác nhau: liên tục, chu kỳ, liên tục từng cơn. Phương thức tiến triển là một nhân tố quan trọng trong tiên lượng bệnh tâm thần phân liệt. Các thể tiến triển liên tục và có tiên lượng nặng nhất, thường đưa đến trạng thái mạn tính, đôi khi mất trí. Nhẹ

s://myhanoi.com.vn/

nhất là các thể tiến triển chu kỳ, có thể thuyên giảm cơ bản, gần như khỏi hẳn giữa hai chu kỳ. Các thể tiến triển liên tục từng cơn có tiên lượng trung bình nằm giữa hai thể tiến triển liên tục và chu kỳ. Ngoài ra, còn có một nhân tố khác giúp tiên lượng bệnh tâm thần phân liệt. Bệnh sẽ tiến triển tốt hơn nếu không có những nét nhân cách giống phân liệt trước khi bị bệnh (cô độc, lạnh lùng, kỳ dị, v.v..): Có bệnh cơ thể hay chấn thương tâm lý thúc đẩy; bệnh khởi đầu đột ngột, bị bệnh sau tuổi thành niên; không có nhân tố di truyền, v.v..

V. CÁC TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN TÂM THẦN PHÂN LIỆT

Theo Bảng phân loại bệnh quốc tế 10 (1992), muốn chẩn đoán tâm thần phân liệt phải có những tiêu chuẩn sau:

A. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG

Khẳng định bệnh có một trong ba nhóm triệu chứng sau: hội chứng tâm thần tự động hoặc tri giác hoang tưởng (tức hoang tưởng xuất hiện trên cơ sở một sự kiện người bệnh đã tri giác, ví dụ đi đường gặp một cái hố và nghĩ rằng hố báo hiệu mình sắp chết); hoang tưởng bị chi phối, hoang tưởng kỳ quái, ảo thanh.

Nếu không có một trong ba nhóm triệu chứng nói trên thì phải có ít nhất 2 trong 3 nhóm triệu chứng sau: Một triệu chứng hoang tưởng bất kỳ kết hợp với một ảo giác bất kỳ; hội chứng căng trương lực bất động xen kẽ kích động các triệu chứng phân liệt âm tính (cảm xúc cùn mòn, tư duy nghèo nàn, ý chí giảm sút v.v..) rối loạn ngôn ngữ đặc trưng như ngôn ngữ ngắt quãng dùng từ lạ trong khi nói, ngôn ngữ phân liệt (nói đầu gà đuôi vịt, v.v..).

B. TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG ĐỂ PHÂN BIỆT VỚI CÁC BỆNH LOẠN THẦN KHÁC

Không có hội chứng hưng cảm (hưng phấn cảm xúc) điển hình hoặc hội chứng trầm cảm (ức chế cảm xúc) điển hình, chiếm ưu thế trong bệnh cảnh.

Không có hội chứng bệnh não (chứng tỏ không có quá trình tổn thương thực thể ở não). Người bệnh (khi đang làm chẩn đoán) không ở trong trạng thái nhiễm độc các chất ma tuý hay đang cai ma tuý.

s://myhanoi.com.vn/

C. TIÊU CHUẨN THỜI GIAN

Các tiêu chuẩn lâm sàng khẳng định bệnh phải tồn tại trên một tháng. Muốn chẩn đoán các thể lâm sàng của tâm thần phân liệt, ngoài các tiêu chuẩn trên, cần phải có những triệu chứng đặc trưng cho mỗi thể nổi lên và chiếm lĩnh bệnh cảnh trong đa số thời gian.

VI. ĐIỀU TRỊ

Cho đến nay điều trị bệnh tâm thần phân liệt vẫn là điều trị triệu chứng và phục hồi chức năng vì nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh chưa được xác định rõ ràng. Do đó sự kết hợp giữa các nhân tố sinh học và môi trường trong cơ chế sinh bệnh nên phải kết hợp nhiều liệu pháp khác nhau.

A. LIỆU PHÁP TÂM LÝ TRỰC TIẾP VÀ GIÁN TIẾP

Thầy thuốc tiếp xúc với người bệnh với thái độ thông cảm, nâng đỡ. Tổ chức hệ thống cửa mở trong bệnh viện, bệnh viện ban ngày trong cộng đồng, giải quyết nhu cầu và mâu thuẫn của người bệnh tại gia đình và cộng đồng.

B. LIỆU PHÁP HÀNH VI

Uốn nắn, sửa chữa những hành vi tác phong của những bệnh nhân mạn tính do nằm viện lâu ngày.

C. LIỆU PHÁP LAO ĐỘNG VÀ TÁI THÍCH ỨNG XÃ HỘI

Nhằm khắc phục những triệu chứng âm tính và phục hồi chức năng cho những bệnh nhân mạn tính (tổ chức lao động thủ công và tập thể, hướng dẫn tham gia sinh hoạt tập thể về các mặt văn hoá, xã hội, giải trí v.v..)

D. LIỆU PHÁP HOÁ DƯỢC

Là liệu pháp thông dụng nhất và có hiệu lực nhất trong điều trị các trạng thái loạn thần cấp và trong việc chống lại khuynh hướng mạn tính hoá và tái phát của bệnh. Các thuốc hướng thần bằng hoá dược hầu hết là thuốc độc, lại thường dùng liều cao và dùng lâu ngày nên khi sử dụng phải tuân thủ những nguyên tắc sau:

s://myhanoi.com.vn/

** Chọn thuốc phải phù hợp với triệu chứng lâm sàng:* Haloperidol, terfluzin đối với triệu chứng hoang tưởng, ảo giác; aminazin, tisercin đối với triệu chứng kích động, bất an; majeptil, frénolon đối với trạng thái hưng cảm và trầm cảm, sulpirid và leponex đối với một số triệu chứng âm tính; các thuốc an thần chậm (piportil, moditen) dùng cho những bệnh nhân mạn tính điều trị ngoại trú lười uống thuốc v.v..

Phải chọn liều thích hợp với sự dung nạp của từng cá nhân: với trẻ em và người già, phải bắt đầu bằng liều thấp và tăng từ từ. Một số thuốc sau đây (dùng cho người lớn) chỉ có giá trị tham khảo:

Aminazin: giai đoạn cấp 250-500mg/ngày chia làm 3 lần sáng, chiều, tối, giai đoạn duy trì 200-300mg/ngày.

Tisercin giai đoạn cấp liều từ 200-300mg/ngày

Haloperidol: giai đoạn cấp 10-30mg/ngày; giai đoạn duy trì 10-15mg/ngày

Frenolon: liều từ 30-50 mg/ngày

Melleril: giai đoạn cấp 300-500mg/ngày; giai đoạn duy trì 100-300mg/ngày.

Phải theo dõi chặt chẽ hiệu lực điều trị để kịp thời thay đổi. Hiện nay chưa có thể quyết định trước là loại thuốc nào thích hợp với bệnh cảnh nào và bệnh nhân nào.

Có thể dùng sốc điện thay hoá dược, khi liệu pháp hoá dược tỏ ra không có tác dụng trong những trường hợp trầm cảm có ý định tự sát, căng trương lực bất động, không chịu ăn.

Phải cân nhắc cẩn thận các mặt trong việc điều trị duy trì, sau giai đoạn cấp; loại thuốc và liều lượng, thời gian kéo dài, thời điểm cắt thuốc, v.v..

Phải luôn luôn cảnh giác với nhiều biến chứng nặng và nguy hiểm có thể xảy ra bất cứ lúc nào với bất cứ loại thuốc nào: dị ứng, viêm gan nhiễm độc, mất bạch cầu, loạn động muộn, ngạt thở, loạn nhịp tim, hạ HA tư thế đứng, hội chứng an thần kinh ác tính, tắc ruột do liệt, v.v.. Để dự phòng các biến chứng nguy hiểm phải thăm dò liều ban đầu thích hợp cho từng người bệnh, thận trọng khi dùng

s://myhanoi.com.vn/

liều cao và tăng liều nhanh, theo dõi chặt chẽ khi kết hợp các loại thuốc hướng thần kinh với nhau hay thuốc an thần kinh với các thuốc có tác dụng kháng acetylcholin, v.v..

Cũng như các phương pháp điều trị, các biện pháp dự phòng tuyệt đối tâm thần phân liệt chưa có cơ sở chắc chắn vì chưa biết rõ cơ chế sinh bệnh. Tuy nhiên cần chú ý hai điểm cơ bản sau: theo dõi có hệ thống sức khoẻ tâm thần những người có nhân tố di truyền (người thân đã bị tâm thần phân liệt) để phát hiện bệnh sớm; loại trừ các nhân tố có thể làm cho bệnh tái phát sau khi đã thuyên giảm; điều trị củng cố ở các cơ sở ngoại trú sau khi ra viện: tránh gây stress cho người bệnh ở nhà và ở cộng đồng; phát hiện và điều trị kịp thời những bệnh nhiễm khuẩn và bệnh cơ thể trong thời kỳ thuyên giảm; áp dụng liệu pháp lao động và tái thích ứng ở các cơ sở ngoại trú.

BỆNH TÂM CĂN HYSTERIA

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tâm căn Hysteria thường xuất hiện sau những chấn thương tâm thần ở những người có nhân cách yếu. Biểu hiện của bệnh hết sức đa dạng, từ triệu chứng giống triệu chứng của một bệnh cơ thể đến các triệu chứng thần kinh, tâm thần như: khóc, cười, kêu la, các cơn co giật, liệt, mất cảm giác, câm, điếc, ý thức mù mờ, v.v.. Đặc điểm của hysteria là tính dễ bị ám thị và khả năng dễ tự ám thị của người bệnh, có xu hướng ly kì hoá, hành vi mang kịch tính, thích được mọi người chú ý đến.

Đây là bệnh thường gặp; theo tài liệu nước ngoài, tỷ lệ mắc bệnh hàng năm từ 0,3-0,5% số dân. Bệnh thường phát sinh ở tuổi trẻ, ở nữ nhiều hơn nam. Bệnh có thể phát sinh thành dịch, như ở Việt Nam, điển hình có dịch hysteria ở Đội thanh niên xung phong tại Lâm Đồng năm 1977, có từ 30-50% số thanh niên trong đội bị bệnh.

s://myhanoi.com.vn/

Bệnh hysteria đã được chú ý từ hồi Hypocrat. Theo Platon, hysteria là trạng thái bất thường của tử cung, ông cho rằng tử cung do lâu ngày không sinh nở, âm khí đã đi chuyển khắp cơ thể, dẫn đến nhiều bệnh. Thời trung đại, sự áp chế về tôn giáo, kinh tế và chính trị, đã làm xuất hiện những dịch hysteria lớn. Người ta không cho nó là một bệnh mà là một biểu hiện ma quỷ xâm nhập. Đến thế kỷ 18, Charles Lepois cho rằng bệnh không phụ thuộc vào tử cung vì các bé gái, phụ nữ mãn kinh và đàn ông cũng có thể mắc bệnh. Sydenham Thomas (Anh) gọi hysteria là bệnh bắt chước các bệnh, ông nhận xét sự giống nhau giữa hysteria và bệnh thực thể. Hai nhà thần kinh học người Pháp là Briquet và Charcot (1859) đã kết hợp các biểu hiện đa dạng hysteria thành một đơn vị bệnh riêng. Charcot cho hysteria là "bệnh giả vờ vĩ đại", các triệu chứng bệnh thường phát triển trên thể địa nhân cách hysteria, đặc điểm là tính dễ bị ám thị. Ông đã mô tả những triệu chứng của những bệnh thực thể như lên cơn giật, liệt, không nói, mù, v.v.. Babinski (Pháp) cho rằng các triệu chứng của hysteria có những nét giống với triệu chứng thần kinh của những bệnh thực thể. Dựa vào kết quả ám thị của thầy thuốc khi khám bệnh mà người bệnh có những triệu chứng này khác, nên Babinski đã đề nghị thay thuật ngữ "hysteria" bằng thuật ngữ "bệnh ám thị". Pavlov (Liên bang Nga) cho đặc điểm cơ bản của hysteria là tăng cảm xúc và tăng ám thị. Hiện nay, ICD 10 (Bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10) đổi tên hysteria thành "rối loạn phân ly", là những rối loạn do căn nguyên tâm lý, biểu hiện các triệu chứng đa dạng giống như bệnh thực thể và thần kinh. Tuy vậy, thuật ngữ hysteria vẫn còn sử dụng phổ biến.

II. NGUYÊN NHÂN

Chủ yếu do chấn thương tâm thần, thường là những chấn thương gây cảm xúc mạnh như lo sợ cao độ, tức giận quá mức, thất vọng nặng nề, v.v.. Bệnh thường phát sinh một thời gian ngắn sau khi chấn thương nhưng có trường hợp khó tìm thấy chấn thương, nhất là những trường hợp tái phát: bệnh nhân lần đầu lên cơn kích động cảm xúc hysteria sau một trận bom oanh tạc, lần sau giẫm phải mảnh bom, trượt chân chảy máu cũng lên cơn; có khi bệnh phát sinh do một nhân tố thúc đẩy không liên quan đến chấn thương cấp hay mạn, bệnh có vẻ như tự phát.

s://myhanoi.com.vn/

Nhân tố thuận lợi: bệnh thường phát sinh ở những người có nhân cách yếu, thiếu tự chủ, thiếu kiềm chế, thích được chiều chuộng, thích phô trương, tinh thần chịu đựng khó khăn kém, thiếu lý tưởng sống vững mạnh; ở những người có loại hình thần kinh yếu, loại hình thần kinh nghệ sĩ; hoặc ở những người có hệ thống tín hiệu thứ hai bị suy yếu; hệ thống tín hiệu thứ nhất chiếm ưu thế trong hoạt động tâm thần, phần hoạt động lý trí bị giảm sút và phần hoạt động bản năng được tăng cường. Các nhân tố có hại khác như nhiễm khuẩn, nhiễm độc, suy dinh dưỡng, chấn thương sọ não, v.v.. làm suy yếu hệ thần kinh. Các yếu tố có hại này tác động mạnh hoặc kéo dài làm vỏ não bị suy yếu, dễ làm cho bệnh phát sinh ngay trên một người thuộc loại hình thần kinh mạnh, thăng bằng.

III. BỆNH SINH

Về cơ chế bệnh sinh, có rất nhiều thuyết. Trường phái Freud Sigmund xem bệnh tâm căn hysteria là một hình thức trá hình (để lộ ra ngoài) do bản năng tình dục bị dồn ép trong vô thức. Trường phái lý thuyết tập nhiễm của Wolfe cho rằng bệnh phát sinh theo cơ chế cảm ứng và bắt chước trong quá trình tiếp xúc với môi trường xã hội. Trường phái Pavlov về hoạt động thần kinh cao cấp đã làm sáng tỏ hơn vấn đề bệnh sinh. Theo Pavlov, bệnh tâm căn hysteria là hậu quả của sự hỗn loạn hoạt động thần kinh cao cấp ở những người hoạt động hệ thống tín hiệu thứ hai bị suy yếu trong khi hoạt động của hệ thống tín hiệu thứ nhất cũng như của phần dưới vỏ não chiếm ưu thế và cuộc sống thiên về tình cảm hơn lý trí. Sự không thăng bằng giữa hai hệ thống tín hiệu là đặc điểm của nhân cách, một phần do bẩm sinh, một phần được hình thành trong cuộc sống. Đặc điểm cơ bản của hysteria là tăng cảm xúc và tăng tính ám thị. Tăng cảm xúc ở một người nhân cách yếu là do vỏ não suy yếu, do vỏ não thoát ly sự kiềm chế của vùng dưới vỏ trước kích thích mạnh của sang chấn không tự kiềm chế được vỏ não bị lâm vào trạng thái ức chế bảo vệ cảm ứng dương tính vùng dưới vỏ. Vì không có sự điều hoà của vỏ não, hoạt động vùng dưới vỏ tăng, do đó, có những triệu chứng như cười, khóc, gào thét, kích đông, lên cơn co giật, đôi khi rối loạn ý thức. Tính ám thị và tự ám thị tăng rất cao trong trạng thái giai đoạn (hay trạng thái thôi miên); ám

s://myhanoi.com.vn/

thị và tự ám thị là do sự kích thích tập trung vào một số vùng nhất định của vỏ não, kèm theo cảm ứng âm tính mạnh làm cách ly hoàn toàn những vùng dưới vỏ với các khu vỏ não khác. Do đó, bằng ám thị có thể gây nhiều triệu chứng cho bệnh nhân hysteria cũng như chữa các triệu chứng này.

- Theo Pavlov, cần xem người bệnh hysteria như người bị thôi miên nhẹ, vỏ não bị suy yếu nên các yếu tố kích thích trong cuộc sống trở thành quá mạnh, không chịu nổi và dẫn đến các giai đoạn khác nhau của trạng thái thôi miên. Cơ chế tự ám thị do các cảm xúc và lo sợ khác nhau gây nên cũng giống hệt như vậy. Do đặc điểm trên, những kích thích của chấn thương, bệnh dễ gây cảm ứng dây chuyền tập thể.

IV. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Các triệu chứng của hysteria rất đa dạng, nhưng có hai tính chất chung: xuất hiện có liên quan trực tiếp với chấn thương tâm thần; có phần giống nhưng có phần khác với các triệu chứng của các bệnh thực thể.

A. CÁC CƠN HYSTERIA

Cơn co giật hysteria (hay cơn vật vã hysteria) xảy ra do tác động trực tiếp của các yếu tố chấn thương tâm lý hoặc xảy ra trong tình thế giống tình thế đã xảy ra cơn hysteria đầu tiên. Cơn co giật có tính chất đa dạng, không định hình như trong cơn động kinh, cơn thể hiện bằng nhiều động tác không tự ý và lộn xộn: vùng vẫy chân tay, đập chân tay xuống sàn, giường, uốn cong người, gào thét, có người bệnh giật xé quần áo rứt tóc, tự cào cấu, lăn khắp sàn nhà; trong cơn ý thức không rối loạn hoàn toàn, thường bị thu hẹp, nét mặt không tím tái, đồng tử còn phản xạ với ánh sáng, người bệnh không bao giờ cắn lưỡi, đái dầm hoặc ỉa đùn, vẫn còn khả năng phản ứng với thái độ của người xung quanh. Có thể dùng lời nói điều khiển một số vận động của bệnh nhân, dùng kích thích mạnh (kim châm, mệnh lệnh) hoặc ám thị làm cơn mất hoàn toàn hoặc tạm thời. Cơn kéo dài 15-20 phút, có khi hàng giờ, càng kéo dài khi người bệnh được người khác chú ý, quan tâm. Cơn chỉ xuất hiện khi có người xung quanh, không bao giờ xuất hiện khi người bệnh

s://myhanoi.com.vn/

ở một mình hoặc đang ngủ. Người bệnh biết trước mình sắp lên cơn, biết tìm chỗ để ngã hoặc nằm nên không bao giờ ngã gây chấn thương. Khi hết cơn, người bệnh tỉnh táo ngay.

Trên đây là những nét chẩn đoán phân biệt hysteria với cơn động kinh giật. Trong cơn kích động cảm xúc hysteria, người bệnh cười, khóc, cảm xúc hỗn độn, nói linh tinh, vùng chạy, leo trèo, gào thét, đôi khi kèm theo cơn co giật. Ý thức người bệnh không bị rối loạn nặng, chịu ám thị xung quanh. Cơn có thể kéo dài nhiều ngày. Cơn ngất lịm: bệnh nhân cảm thấy người mềm yếu dần, từ từ ngã ra, nằm thiêm thiếp, mắt chơm chớp. Cơn có thể kéo dài từ 15 phút đến 1 giờ. Cơn ngủ: hiếm gặp hơn, người bệnh lên cơn giật nhẹ rồi nằm yên, ngủ một thời gian dài (1-2 ngày): vạch mí mắt, nhãn cầu vẫn đưa qua đưa lại; trong khi ngủ, người bệnh thỉnh thoảng thở dài, thổn thức, khóc lóc.

B. CÁC RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG HYSTERIA

Có rất nhiều loại vận động như lắc đầu, gật đầu, nháy mắt, múa giật, múa vờn, v.v.. Thường gặp nhất là run, tính chất run không đều, không có hệ thống, có thể run một phần cơ thể hay run cả người. Lúc không chú ý thì run giảm, lúc chú ý thì run tăng. Thường hay gặp chứng liệt hysteria. Có thể liệt nặng hay liệt nhẹ, liệt mềm hay liệt cứng; liệt một hai hoặc cả tứ chi. Chứng liệt hysteria có những đặc điểm khác liệt do nguyên nhân thực thể là trương lực cơ không thay đổi, không có phản xạ bệnh lý, không có hiện tượng teo cơ, không giật sợi cơ, tính kích thích điện không thay đổi. Liệt hysteria thường thấy dưới hình thức liệt nửa người, liệt hạn chế ở chân và tay, không lan tới các dây thần kinh sọ não, không có dấu hiệu của tổn thương bó tháp, không có động tác đồng vận, phản xạ tự vệ, rối loạn cơ tròn, v.v.. Người bệnh đi lết giống người đi không muốn cử động một chân, trong chứng liệt nửa người thường kèm theo mất cảm giác nửa người cùng bên, khu vực mất cảm giác này thường lan đến đúng đường giữa, mất cả cảm giác nông lẫn cảm giác sâu. Bệnh nhân bị chấn thương sọ não mà có chứng liệt hysteria nửa người thì chứng liệt này xảy ra cùng bên với chấn thương (người bệnh không hiểu mối liên hệ chéo của giải phẫu-thần kinh). Có thể gặp chứng mất đứng, mất đi: người bệnh không đứng,

s://myhanoi.com.vn/

không đi được, khi nằm trên giường vẫn cử động chân tay. Có thể bị rối loạn phát âm: có nhiều loại như nói khó, nói lắp, không nói, v.v.. Trong khi cơ quan phát âm (dây thanh, hầu họng, lưỡi) vẫn bình thường.

C. CÁC RỐI LOẠN CẢM GIÁC

Thường gặp mất hoặc giảm cảm giác đau, bản thân người bệnh không bao giờ nói đến hiện tượng này mà chỉ phát hiện khi khám bệnh. Chứng mất cảm giác hysteria khác với mất cảm giác thực thể. Vùng mất cảm giác không theo đúng khu vực phân phối của rễ và dây thần kinh cảm giác. Thường gặp dưới dạng mất cảm giác "bít tất tay", "bít tất chân" ở nửa người, có khi lan sang bên kia đường giữa. Giới hạn vùng mất cảm giác rất rõ, vùng mất cảm giác hoàn toàn tiếp giáp ngay với vùng còn nguyên cảm giác. Đôi khi khám lại thì vùng mất cảm giác di chuyển vị trí. Trong vùng mất cảm giác hysteria, không bao giờ thấy triệu chứng bỏng như thường thấy trong bệnh rỗng tuỷ sống. Mất cảm giác sâu không kèm theo các rối loạn phối hợp vận động. Cảm giác đau hysteria khu trú rất khác nhau và có thể hiện giống như đau trong viêm ruột thừa, đau dạ dày, đau vùng tim, đau cột sống, đau cơ, đau dây thần kinh hông, v.v..

D. CÁC RỐI LOẠN GIÁC QUAN

Mù hysteria, mù đột ngột hoàn toàn. Nhưng khám đáy mắt thấy bình thường, phản xạ đồng tử đối với ánh sáng còn tốt. Mắt vẫn linh hoạt hướng về phía nói chuyện; khỏi nhanh chóng dưới tác dụng của ám thị; ngoài ra còn chứng lưỡng thị hoặc đa thị do hysteria. Điếc hysteria hay gặp trong thời chiến, sau chấn động não do sức ép của bom đạn, thường điếc cả hai bên; tuy đã mất thính lực nhưng vẫn còn phản xạ ở tai, mi mắt của Bechterew (chớp mắt khi có tiếng động mạnh), phản xạ thị của Surughin (hẹp đồng tử khi có kích thích tiếng động), kiểm tra điện não đồ thấy có biến đổi khi có tiếng động kích thích. Mất vị giác hay khứu giác, hysteria thường gặp. Các rối loạn ngôn ngữ: chứng lặng thinh (người bệnh câm hoàn toàn) khác với đa số trường hợp mất vận động ngôn ngữ, ít nhiều còn di tích của ngôn ngữ, người mắc chứng

s://myhanoi.com.vn/

lặng thinh hysteria chỉ vào môi mình để ra hiệu là không nói được và dùng bút để diễn tả những yêu cầu của mình; chứng mất tiếng hysteria: người bệnh không nói được to, chỉ nói thầm nhưng có thể ho thành tiếng; chứng nói lắp hysteria: không nói đứt quãng mà chỉ nói chậm và lặp lại nhiều lần những phụ âm đầu, ví dụ "tt tôi, đ đi". Người nói lắp thường là do cơ quan phát âm bị co thắt, không thấy ngượng vì thiếu sót ngôn ngữ của mình. Điều trị nói lắp hysteria bằng liệu pháp tâm lý sẽ khỏi, còn chứng nói lắp khác thì phải chữa lâu dài ở khoa tập nói. Các rối loạn thực vật nội tạng được biểu hiện bằng rất nhiều loại: cơn lạnh run, cơn nóng bừng, cơn đau vùng ngực, đau bụng, nhức đầu, chóng mặt, v.v.. Thường gặp nhất là trường hợp co thắt thực quản và cơ hoành; nôn hysteria do co thắt môn vị; "hòn hysteria" do co thắt ruột lên dần đến thực quản, người bệnh cảm thấy cục gì lăn tới họng. Những triệu chứng này đều thay đổi nhanh chóng dưới tác dụng của ám thị.

E. CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN

Quên: thông thường, người bệnh không nhớ các sự kiện quan trọng gần đây (không phải do tổn thương thực thể), có thể quên từng phần hoặc hoàn toàn các sự kiện sang chấn tâm lý; chứng quên thường thay đổi từng ngày và đối với những người tiếp xúc khác nhau, khi tỉnh người bệnh không thể nhớ lại được. Hội chứng quên hysteria thường không kéo dài mà sẽ hồi phục hoàn toàn.

– *Trốn nhà:* người bệnh bỏ nhà hoặc nơi làm việc ra đi không có mục đích. Trong cơn người bệnh không nhớ gì về bản thân lẫn cuộc sống trước kia của mình nhưng vẫn duy trì sinh hoạt cá nhân và tiếp xúc bình thường trong xã hội (như mua vé tàu xe, hỏi điều chỉ dẫn, v.v..). Chuyến đi có tổ chức, có thể đến những nơi trước đã biết và có ý nghĩa về mặt cảm xúc, thường chỉ đi trong vài ngày, đôi khi có thể trong một thời gian dài, trốn nhà thường kèm với hiện tượng quên hysteria.

– *Sững sờ phân ly.* Người bệnh giảm sút nặng nề hoặc mất các cử động tự ý, mất các đáp ứng bình thường với các kích thích bên ngoài như ánh sáng, tiếng động. Hầu như không nói và không có các cử động. Người bệnh nằm hoặc ngồi gần như bất động trong

s://myhanoi.com.vn/

khoảng thời gian dài. Khám xét không tìm thấy nguyên nhân cơ thể, người bệnh có tiền sử về yếu tố sang chấn tâm lý.

– *Rối loạn dạng lên đồng và xâm nhập*

Người bệnh mất tạm thời cả ý thức bản thân lẫn sự nhận biết đầy đủ về môi trường xung quanh. Một số trường hợp người bệnh hành động như đang bị điều khiển bởi một nhân cách khác, một thần linh hoặc một sức mạnh nào đó.

Sự chú ý và phân biệt có thể giới hạn hoặc tập trung vào một hai khía cạnh của môi trường gần gũi, người bệnh có những hành vi, điệu bộ lời nói lặp đi lặp lại.

V. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Dựa vào các đặc điểm: người có nhân cách yếu và loại hình thần kinh nghệ sĩ yếu; có chấn thương tâm thần hay hoàn cảnh xung đột gây bệnh; triệu chứng xuất hiện đột ngột, tăng lên mức tối đa ngay sau khi có chấn thương không có quá trình tiến triển theo quy luật thông thường của một bệnh; triệu chứng xuất hiện đơn độc, không có các triệu chứng khác kèm theo để trở thành một hội chứng nhất định; các triệu chứng thần kinh không phù hợp với giải phẫu định khu và không có tổn thương thực thể kèm theo; điều trị bằng tâm lý, bệnh khỏi nhanh chóng. Chẩn đoán theo bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD 10).

Để chẩn đoán quyết định bệnh tâm căn Hysteria (phân ly) phải có những tiêu chuẩn sau:

a. Có các nét lâm sàng biệt định cho các rối loạn cá nhân đã mô tả ở trên.

b. Không có bằng chứng của một rối loạn cơ thể nào có thể giải thích được các triệu chứng.

c. Có nguyên nhân tâm lý dưới dạng kết hợp rõ rệt về thời gian với sự kiện gây sang chấn.

Khi không có bằng chứng căn nguyên tâm lý, chẩn đoán phải xem như tạm thời và đòi hỏi phải tiếp tục xem xét cả hai khía cạnh cơ thể và tâm lý.

– Cần phân biệt với hội chứng hysteria xuất hiện trong bệnh thể chất hoặc bệnh tâm thần (bệnh thực thể của hệ thần kinh trung ương, bệnh nội tiết, bệnh tâm thần phân liệt, v.v..) cũng như các rối loạn hysteria xuất hiện trong trường

s://myhanoi.com.vn/

hợp trước kia đã có một bệnh khác. Ví dụ bệnh động kinh có kèm phản ứng hysteria, lúc đầu lên cơn co giật động kinh thật, lần sau gặp chấn thương tâm thần có thể lên cơn co giật.

VI. ĐIỀU TRỊ

Điều trị triệu chứng chủ yếu bằng liệu pháp ám thị, khi thức (dùng lời nói làm bệnh nhân hiểu rõ thực chất bệnh trạng của mình và giúp họ thanh toán bệnh), kết hợp những biện pháp phụ trợ như dùng thuốc kích thích, châm cứu, v.v.. Làm bệnh nhân tin tưởng tuyệt đối vào thầy thuốc, từ đó có khả năng làm mất những triệu chứng chức năng. Có thể dùng châm cứu, điện châm, xoa bóp, bấm huyệt v.v..(rất có tác dụng trong ám thị) để làm mất các triệu chứng rối loạn vận động, cảm giác, giác quan v.v.. Nếu liệu pháp trên không có kết quả, phải dùng liệu pháp ám thị trong giấc ngủ thôi miên (trạng thái ức chế không hoàn toàn của vỏ não, bệnh nhân ngủ nhưng trong vỏ não vẫn còn điểm thức, qua điểm cảnh tỉnh này, họ vẫn tiếp thu được lời ám thị của thầy thuốc). Trong liệu pháp tâm lý cần đặc biệt chú ý đến thái độ đối với bệnh nhân hysteria, tuyệt đối không được coi thường họ, nhất là không được xem đó là người giả bệnh và có thái độ chế giễu, hắt hủi, bỏ rơi v.v.. Cần tránh thái độ quá chiều chuộng, quá lo lắng, theo dõi quá chặt chẽ, vô tình ám thị làm người bệnh tưởng bệnh mình là quá nặng. Ngoài liệu pháp tâm lý, tuỳ theo tình trạng bệnh nhân, cần áp dụng các biện pháp tăng cường cơ thể, điều chỉnh hoạt động thần kinh cao cấp bằng các thuốc bromure và cefein, các thuốc an thần Seduxen, Aminazin, các liệu pháp giải trí, lao động v.v.. Tóm lại, phải điều trị toàn diện. Rèn luyện nhân cách để khắc phục mặt tiêu cực như bỏ thói quen dễ bị ảnh hưởng, tập kiềm chế cảm xúc và hành vi của mình.

VII. PHÒNG BỆNH

Cần phổ biến rộng rãi các kiến thức vệ sinh phòng bệnh tâm thần để mỗi gia đình biết giáo dục con cái ngay từ bé, rèn luyện cho đúng nhân cách vững mạnh với nhiều tính cách tốt như có lý tưởng, chịu đựng gian khổ, biết kiềm chế bản thân, v.v.. Trong cuộc sống gia đình và tập thể, cần tăng cường giáo dục tình đoàn kết và thân ái. Tránh những chấn thương tâm thần trong sinh hoạt,

s://myhanoi.com.vn/

trong công tác. Trong hoàn cảnh gay go, gian khổ hay chiến tranh ác liệt, phải tổ chức sinh hoạt tốt, tổ chức giải trí, tăng cường thể chất, giải quyết kịp thời các hiện tượng ốm đau, mệt mỏi, mất ngủ kéo dài, các bệnh nhiễm vi khuẩn, nhiễm độc v.v..

RỐI LOẠN HÀNH VI Ở THANH THIẾU NIÊN

I. ĐẠI CƯƠNG

Từ cuối thập kỷ 60, rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên đã là một vấn đề tâm lý xã hội làm bối rối xã hội phương Tây. Hiện nay, vấn đề này đang phát triển ở Việt Nam và đã trở thành mối lo ngại của từng gia đình và cả xã hội. Ngành tâm thần học Việt Nam đã tiến hành nghiên cứu rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên từ 10-17 tuổi, trên phạm vi cả nước, dựa theo các tiêu chuẩn chẩn đoán của mục F91, Bảng dự thảo phân loại bệnh quốc tế 10. Tỷ lệ thanh thiếu niên có rối loạn hành vi (nghiên cứu 21960 thanh thiếu niên từ 10-17 tuổi trong số 124134 người) là 3,7%. Đó là hiện tượng đáng lo ngại.

Theo mục F91, Bảng phân loại bệnh quốc tế 10 thì rối loạn hành vi là toàn bộ các hành vi chống đối xã hội, xâm phạm hoặc khiêu khích, được lặp lại nhiều lần và kéo dài. Rối loạn hành vi là rối loạn chủ yếu ở thanh thiếu niên (đa số là nam giới), thường xuất hiện có liên quan với một stress (căng thẳng tâm lý) trong môi trường gia đình, trường học hoặc xã hội. Các rối loạn hành vi được tách ra trong quá trình nghiên cứu các hành vi phạm pháp của thanh thiếu niên. Rối loạn hành vi theo F91 là các hành vi rối loạn hoặc phạm pháp của thanh thiếu niên đạt đến mức độ nhất định, lặp đi lặp lại nhiều lần thành một định hình tập tính, kéo dài ít nhất 6 tháng. Như vậy những hành vi tinh nghịch, ranh mãnh thông thường của trẻ em; thái độ phản ứng hoặc chống đối nhất định của thanh thiếu niên, hành vi phạm pháp riêng lẻ, một vài lần của thanh thiếu niên không thể xem là rối loạn hành vi. Nghiện rượu, nghiện ma tuý, rối loạn tình dục của thanh thiếu niên cũng là những hành vi rối loạn. Nhưng do tính chất đặc biệt của những rối loạn này mà chúng được xếp vào những mục riêng, không xếp và mục F91.

s://myhanoi.com.vn/

Rối loạn hành vi trước kia được mô tả chung vào nhiều trạng thái tâm thần bệnh lý với nhiều tên gọi khác nhau: rối loạn tính cách và tác phong, rối loạn nhân cách và phạm pháp ở tuổi vị thành niên v.v..

Từ 1940, Hewitt và Jenkins, khi nghiên cứu những vị thành niên phạm pháp, đã bắt đầu phân loại chúng theo những nhóm rối loạn khác nhau. Đến các thập kỷ 60 và 70, Quay và cộng sự đã hoàn chỉnh việc mô tả và phân loại các rối loạn hành vi của thanh thiếu niên phạm pháp. Những kết quả nghiên cứu của các tác giả trên được phản ánh một phần trong mục rối loạn hành vi (312) của Bảng phân loại bệnh quốc tế 9 (1979), gồm các mục nhỏ sau:

312-0: rối loạn hành vi riêng lẻ (khiêu khích, láo xược, gây gổ, xâm phạm, phá hoại, nổi khùng, nói dối, thô bạo, rối loạn tình dục, v.v..)

312-1: rối loạn hành vi theo nhóm (trộm cắp, trốn học, bỏ nhà qua đêm v. v..).

321-2: rối loạn hành vi xung động (xung động trộm cắp).

312-3: rối loạn hành vi và rối loạn cảm xúc hỗn hợp (lo âu, tuyệt vọng, sợ ám ảnh)

Trong dự thảo Bảng phân loại bệnh quốc tế 10 (1988), mục rối loạn hành vi được sửa đổi như sau:

F91-0: rối loạn hành vi khu trú trong môi trường gia đình

F91-1: rối loạn hành vi ở những người kém thích ứng xã hội

F91-2: rối loạn hành vi ở những người còn thích ứng xã hội

Ở Việt Nam, rối loạn hành vi là rối loạn tâm lý xã hội, xuất hiện rõ nét từ sau 1975. Tháng 11-1989, một số công trình nghiên cứu đã được trình bày trong Hội thảo quốc gia về rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên tại Hà Nội.

II. NGUYÊN NHÂN

Rối loạn hành vi thường là những hành vi xâm phạm đến thân thể, nhân cách và tài sản của người khác. Do đó, nói đến nguyên nhân của rối loạn hành vi chủ yếu là nói đến tính xâm phạm. Có nhiều lý thuyết, chia thành 3 nhóm sau:

Thuyết về vai trò quyết định của nhân tố sinh học, gồm: Thuyết về loại hình sinh học: nhiều tác giả cho rằng có mối liên quan nhất định giữa các loại hình sinh học (tướng mạo, tương quan kích thước

s://myhanoi.com.vn/

giữa các bộ phận của cơ thể v.v..) với những hành vi xâm phạm. Thuyết về biến đổi nội tiết: một số tác giả cho rằng tính xâm phạm và rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên có liên quan đến sự biến đổi nội tiết của giai đoạn dậy thì. Thuyết về bản tính bẩm sinh và di truyền: quan niệm dân gian: "Cha mẹ sinh con, trời sinh tính". Quan niệm của học thuyết Freud không chứng minh được sự tồn tại của bản năng chết như đã làm đối với bản năng tình dục. Một số thanh thiếu niên phạm pháp có cha mẹ thô bạo, phạm pháp; tính xâm nhập bẩm sinh có ở nam, khi có thừa thể nhiễm sắc Y (3 thể nhiễm sắc giới tính XYY). Theo quan điểm này, năm 1968, các toà án ở Hoa Kỳ và Ôxtrâylia đã tha bổng cho can phạm giết người do 3 nhiễm sắc XYY.

Thuyết về sự phối hợp chặt chẽ giữa hai nhân tố sinh học và tâm lý xã hội: thuyết này cho rằng có một động lực xâm phạm bên trong con người, nhưng không xuất hiện tự phát và thường xuyên mà chỉ bộc lộ ra thành hành vi xâm phạm do những tình huống bên ngoài. Tình huống thường gặp nhất là trạng thái bất toại (không thoả mãn nhu cầu hay khuynh hướng, bị xâm phạm, bị làm nhục, bị đau đớn v.v..). Hành vi xâm phạm xuất hiện chủ yếu ở nam giới (theo Hội thảo quốc gia năm 1989, tỷ lệ từ 69-100%).

Các lý thuyết cho rằng các hành vi xâm phạm chủ yếu do các nhân tố tâm lý xã hội gây ra:

Học thuyết Pavlov: các rối loạn hành vi là những phản xạ có điều kiện hình thành theo những kích thích có hại của môi trường được lặp lại nhiều lần.

Theo lý thuyết về sự tập nhiễm (apprentissage) của Watson, Skinner, Wolbe, tất cả rối loạn hành vi đều là những hành vi đã bắt chước, học được, tiêm nhiễm trong quá trình hoạt động ở các môi trường gia đình và xã hội.

Các báo cáo trong hội thảo quốc gia năm 1989 về rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên cho thấy rối loạn hành vi xuất hiện theo các cơ chế sau: Trong môi trường xã hội và trường học: nổi bật lên hàng đầu là ảnh hưởng của nhóm xấu, nhất là ở nơi tập trung đông dân (theo các báo cáo, tỷ lệ thấp nhất: 70%, cao nhất 90% trong số thanh thiếu niên có rối loạn hành vi); ảnh hưởng của các phim, truyện xấu, video đen kích thích tính xâm phạm và tình dục (thấp nhất: 32%, cao nhất: 73%); ảnh hưởng của các hiện tượng thất nghiệp,

s://myhanoi.com.vn/

thiếu ăn, thiếu ở (thấp nhất: 30%, cao nhất 61%); do thiếu quan tâm của cha mẹ và giáo viên đối với các học sinh kém nên các em chán học, trốn học, rồi bỏ học (hay bị đuổi học) và cuối cùng bị lôi cuốn vào những nhóm xấu (thấp nhất: 23%, cao nhất 100%). Trong môi trường gia đình: ảnh hưởng của cấu trúc gia đình không hoàn chỉnh (thấp nhất: 24,7%, cao nhất: 75%), gồm các nhân tố như mồ côi cha mẹ, cha mẹ vắng nhà thường xuyên, cha mẹ ly hôn, cha mẹ không có nghề nghiệp ổn định v.v..; ảnh hưởng các tật chứng của cha mẹ và anh chị em (thấp nhất: 36,7%, cao nhất 73%) gồm các hiện tượng như tính cách không bình thường, rối loạn hành vi nặng, nghiện rượu, nghiện ma tuý, thường xuyên xung đột v.v.. ảnh hưởng của các phương pháp giáo dục không hợp lý của gia đình (thấp nhất: 50%, cao nhất: 74,5%) gồm các hiện tượng đánh mắng thô bạo, quá nghiêm khắc, quá chiều chuộng, thiếu quan tâm v.v..

Như vậy, những nghiên cứu ở Việt Nam cũng như ở nước ngoài đều cho thấy những rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên do các nhân tố tâm lý xã hội kết hợp với các nhân tố sinh học gây ra. Nhân tố tâm lý xã hội thấy rõ trong khoảng 3/4 các trường hợp, nhân tố sinh học ghi nhận được trong khoảng 1/4 các trường hợp. Nhân tố tâm lý xã hội chiếm ưu thế, có vai trò quyết định, đồng thời có ý nghĩa to lớn về mặt phòng và chữa rối loạn hành vi, vì đó là những nhân tố mà con người có thể can thiệp và biến đổi được.

III. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Rối loạn hành vi có rất nhiều loại, nhưng chỉ có những loại sau được đưa vào mục F91: trộm cắp không đối đầu, bỏ nhà sống qua đêm, thường xuyên nói dối, cố tình gây cháy, thường xuyên trốn học, đập phá đồ đạc, phá hoại tài sản, hành hạ súc vật, cưỡng dâm, dùng vũ khí đánh nhau, thường xuyên gây gổ, trộm cắp có đối đầu, hành hạ người khác, nhập bọn xấu, láo xược, càn quấy, bắt nạt quá đáng, nổi cơn khùng, chống đối nhà chức trách. Theo hội thảo quốc gia năm 1989 về rối loạn hành vi thì trong số 18 rối loạn hành vi kể trên, các rối loạn hành vi thường gặp nhất là: trốn học (11/13 báo cáo, thấp nhất: 48%, cao nhất: 89%), thường xuyên nói dối (10/13 báo cáo, thấp nhất: 34%, cao nhất: 100%) trộm cắp không đối đầu (9/13 báo cáo, thấp nhất: 49%, cao nhất: 75%), bỏ nhà sống qua đêm (6/13 báo cáo, thấp nhất: 40%, cao nhất: 75%) gây gổ đánh

s://myhanoi.com.vn/

nhau (4/13 báo cáo, thấp nhất: 24%, cao nhất: 46%). Mỗi thanh thiếu niên trong diện nghiên cứu thường có nhiều rối loạn hành vi, trung bình 5 (ở lứa tuổi từ 10-11, trung bình 4 rối loạn hành vi, ở lứa tuổi 15-17, trung bình 6 rối loạn hành vi).

IV. CÁC THỂ LÂM SÀNG (THEO F91)

Rối loạn hành vi khu trú trong môi trường gia đình: chỉ xuất hiện trong gia đình, không xuất hiện ở môi trường xã hội; xuất hiện trong khi quan hệ với người thân trong gia đình (dì ghẻ, bố dượng, anh chị em, v.v..) hành vi rối loạn thường nhằm vào người mà đối tượng xung đột: ăn cắp tài sản, phá hoại đồ vật, không vâng lời, láo xược, chống đối, xâm phạm v.v.. Các rối loạn hành vi này thường ít được phát hiện trong khi điều tra nghiên cứu vì đòi hỏi một sự hợp tác đầy đủ của cả đối tượng lẫn gia đình.

Rối loạn hành vi ở những người kém thích ứng xã hội (hay rối loạn hành vi riêng lẻ, ở ngoài gia đình, không theo nhóm) rối loạn này chứng tỏ có một sự suy giảm đáng kể trong mối quan hệ của đối tượng với thanh thiếu niên cùng lứa. Đối tượng thường xuyên không được bạn cùng lứa tuổi ưa thích, thường bị bỏ rơi, bị cách ly, quan hệ với người lớn cũng thường mang tính chất bất hoà, thù địch và hằn học, các hành vi phạm pháp thường được tiến hành một cách đơn độc, thường gặp là các hành vi càn quấy; bắt nạt quá mức, tấn công hung bạo, trấn lột, láo xược, chống đối nhà chức trách, cơn nổi khùng, phá hoại tài sản, gây cháy, độc ác với trẻ em và súc vật.

Rối loạn hành vi ở những người còn thích ứng với xã hội (hay rối loạn hành vi ở ngoài gia đình, theo nhóm): rối loạn hành vi ở những thanh thiếu niên có nhu cầu gia nhập nhóm cùng lứa, thích ứng với hoạt động nhóm, hoặc tìm đến, hoặc bị lôi cuốn vào nhóm, hoạt động của nhóm thường hướng vào những hành vi chống đối xã hội và phạm pháp. Những hành vi này bị xã hội lên án nhưng lại được các bạn cùng nhóm tán thành và ủng hộ nên ngày càng được củng cố. Các rối loạn hành vi theo nhóm có đủ các loại trình bày ở trên nhưng thường gặp nhất là các hành vi trộm cắp theo nhóm, trốn học theo nhóm và trốn nhà sống qua đêm theo nhóm.

s://myhanoi.com.vn/

V. CÁC TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định: muốn chẩn đoán theo F91, cần đạt những tiêu chuẩn sau: hành vi rối loạn phải là một hành vi không còn ranh giới bình thường, so với lứa tuổi (ví dụ cơn giận dữ của tuổi lên 3 và hành động gây gổ của tuổi lên 7 không xem là rối loạn hành vi); rối loạn hành vi phải nằm trong hành vi 18 loại đã quy định; rối loạn hành vi phải được lặp lại và kéo dài 6 tháng, rối loạn hành vi không phải là triệu chứng của một bệnh hoặc một rối loạn tâm thần khác.

VI. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Cần phân biệt rối loạn hành vi của những bệnh và rối loạn tâm thần phân liệt (F20); trạng thái hưng cảm (F30); trạng thái trầm cảm (F31); rối loạn tăng động (F40); nhân cách bệnh (F60).

VII. ĐIỀU TRỊ

Thông thường những rối loạn hành vi nhẹ sẽ thuyên giảm theo thời gian và theo mức độ trưởng thành dần của thanh thiếu niên. Những rối loạn hành vi nặng thường có khuynh hướng trở thành mạn tính. Đặc biệt những thanh thiếu niên khó thích ứng với xã hội và có tính xâm phạm xuất hiện sớm, đến tuổi trưởng thành vẫn duy trì hành vi chống xã hội. Một số có thể có hoạt động xã hội thích ứng nhưng vẫn tiếp tục có những hành vi phạm pháp. Nhiều thanh thiếu niên có rối loạn hành vi khi đến tuổi trưởng thành có thể thích ứng xã hội và hoạt động nghề nghiệp vừa phải. Vấn đề giáo dục điều trị thường đặt ra cho những vị thành niên phạm pháp hoặc những thanh thiếu niên có rối loạn hành vi mà gia đình xin được điều trị. Các hình thức giáo dục điều trị rất khác nhau, tuỳ theo quan niệm của những người có thẩm quyền và có trách nhiệm ở mỗi nước. Ở Việt Nam các vị thành niên phạm pháp được giáo dục cải tạo ở những trung tâm được gọi là trường công nông nghiệp; ở đó thường áp dụng những biện pháp tâm lý giáo dục, lao động thủ công và công nghiệp, hoạt động văn hoá văn nghệ, kỹ năng, v.v.. Hiện nay ở nhiều địa phương, trường này không còn nữa. Ở các nước khác, rất nhiều hình thức tổ chức điều trị khác nhau được áp dụng, như trung tâm giáo dục điều trị riêng, khoa

s://myhanoi.com.vn/

rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên trong bệnh viện tâm thần chung, khoa rối loạn hành vi trong bệnh viện tâm thần trẻ em, các trung tâm hướng dẫn phương pháp giáo dục thanh thiếu niên, v.v.. Ở các trung tâm nói trên, có sự kết hợp chặt chẽ giữa các thầy thuốc tâm thần và các cán bộ tâm lý giáo dục và thường áp dụng để phát hiện những nhân tố sinh học có liên quan đến rối loạn hành vi, phát hiện những nhân tố tâm lý xã hội có vai trò trong cơ chế phát sinh ra rối loạn hành vi; áp dụng liệu pháp hoá dược tâm thần để điều trị trạng thái quá động (methylphenidat, các thuốc an thần) các trạng thái lo âu (benzodiazepin), trầm cảm (thuốc chống trầm cảm), hưng cảm (an thần, muối lithium), v.v..

Áp dụng các liệu pháp tâm lý đa dạng, thích hợp từng trường hợp như liệu pháp nhận thức (chỉnh lý các quan niệm sai lầm của thanh thiếu niên); liệu pháp tâm lý tập thể (cho từng nhóm thanh thiếu niên có rối loạn tương tự); liệu pháp gia đình kết hợp với môi trường (thông cảm, nâng đỡ, nhằm tránh tái phạm); liệu pháp tập tính (loại trừ tập tính xấu, hình thành tập tính mới, thích ứng với môi trường); áp dụng các liệu pháp phục hồi chức năng tái thích ứng lao động xã hội (lao động, hoạt động văn hoá, văn nghệ, thể thao, thể dục, v.v..)

Nói chung, giáo dục điều trị rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên là một việc làm hết sức khó khăn và phức tạp. Thành công hay thất bại phụ thuộc vào mức độ thấu hiểu vấn đề của các cấp, các ngành hữu quan, vào mức độ đầu tư cho cơ sở, tổ chức, kinh phí, vào chất lượng của các thầy thuốc tâm thần và các cán bộ tâm lý giáo dục.

VIII. PHÒNG BỆNH

Qua hội thảo quốc gia 1989 về rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên, các nhân tố tâm lý xã hội xuất phát từ các môi trường gia đình, trường học và xã hội có vai trò chủ yếu trong cơ chế bệnh căn và bệnh sinh. Do đó, công tác dự phòng rối loạn hành vi đòi hỏi phải có sự quan tâm của toàn bộ xã hội và sự kết hợp giữa nhiều ngành hữu quan nhằm hạn chế các nhân tố có tác hại của 3 môi trường nói trên.

s://myhanoi.com.vn/

Các đoàn thanh thiếu niên trong giáo dục, uốn nắn thanh thiếu niên, cần chú ý đến các rối loạn hành vi và các rối loạn tâm lý xã hội khác. Đặc biệt, để ngăn chặn thanh thiếu niên đi theo các nhóm xấu, cần thay đổi hay cải tiến các hình thức sinh hoạt của thanh thiếu niên về các mặt văn hoá, văn nghệ, thể dục thể thao, du lịch, hội thảo, v.v.. sao cho sinh động và hấp dẫn. Những biện pháp dự phòng kể trên chỉ có thể thực hiện được khi nào các ngành hữu quan ý thức sâu sắc trách nhiệm của mình, chủ động phối hợp với nhau trong một tổ chức bảo vệ sức khoẻ tâm thần cho thanh thiếu niên. Việc phối hợp này cũng chỉ có thể thực hiện được khi cơ quan có quyền lực cao nhất ở trung ương cũng như ở địa phương thấy hết mức độ nghiêm trọng của rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên hiện nay và quyết tâm tập hợp các ngành hữu quan lại để giải quyết vấn đề.

RỐI LOẠN TRẦM CẢM

I. ĐẠI CƯƠNG

Trầm cảm là một trạng thái giảm khí sắc, giảm năng lượng và giảm hoạt động. Trong các cơn điển hình có biểu hiện ức chế toàn bộ tâm thần. Bệnh nhân có khí sắc buồn bã, ủ rũ, giảm hứng thú và quan tâm, cảm thấy tương lai ảm đạm; tư duy chậm chạp, liên tưởng khó khăn, tự cho mình là hèn kém, giảm sút lòng tự tin, thường hoang tưởng bị phạm tội, dẫn đến tự sát; giảm vận động ít nói, thường nằm hoặc ngồi lâu ở một tư thế, kèm theo sự rối loạn các chức năng sinh học (mất ngủ, chán ăn, mệt mỏi). Trong một số trường hợp, trạng thái lo âu buồn phiền và bị kích động có thể từng lúc xuất hiện, nổi bật hơn là trầm cảm; bệnh cũng có thể bị che lấp bởi các triệu chứng giống triệu chứng của một bệnh cơ thể. Trong cơn trầm cảm, bệnh nhân có thể tự sát hoặc giết người thân rồi tự sát, bởi vậy người bệnh cần được chú ý đề phòng và điều trị cấp cứu kịp thời.

Rối loạn trầm cảm chiếm vị trí quan trọng trong bệnh học tâm thần và là bệnh thường gặp nhất trong thực hành của các thầy thuốc tâm thần cũng như các thầy thuốc đa khoa. Trong vài chục

s://myhanoi.com.vn/

năm gần đây, số người bị bệnh trầm cảm ngày càng tăng. Ở Pháp, 10% số dân có nguy cơ mắc bệnh này, tỷ lệ mắc bệnh chung ở một thời điểm nhất định là 2-3% số dân và ở nhiều nước khác là 3-5%.

Trầm cảm hay trầm uất là thuật ngữ được Hypocrat dùng trong học thuyết thể dịch của ông. Đến thế kỷ 18, Pinel mô tả trầm uất là một trong bốn loại loạn thần. Sau đó, Esquirol tách ra từ các bệnh loạn thần bộ phận một thể trầm cảm mà ông gọi là lypémanie (cơn buồn rầu) và đi sâu nghiên cứu các yếu tố bệnh căn, bác bỏ thuyết thể dịch. Thế kỷ 19, người ta đã mô tả lâm sàng rõ ràng hơn trong các bệnh: loạn thần có hai thể (Baillarger, 1854), loạn thần tuần hoàn (Falret J.P., 1854) và loạn thần hưng trầm cảm (Kraepelin, 1899). Kraepelin cũng đã tách ra bệnh trầm cảm thoái triển thành một bệnh riêng. Các tác giả cổ điển nhấn mạnh các yếu tố nội sinh, thể tạng, di truyền, sinh học, v.v.. Song nhiều trạng thái trầm cảm còn phát sinh do các yếu tố ngoại sinh (thực tổn hay tâm lý). Lịch sử chữa bệnh trầm cảm đi từ sốc điện (Cerletti và Bini, 1938) đến các thuốc chống trầm cảm, mở đầu bằng imipramin (Kuhn, 1957) và lithium (De Cade, 1949); sau đó Hartigan, Baastrup, Mogens Schou) là các thuốc điều chỉnh khí sắc, có tác dụng đặc biệt đề phòng các cơn hưng cảm cũng như các cơn trầm cảm.

II. NGUYÊN NHÂN PHÁT SINH

Hoặc do sang chấn tâm lý mạnh (sốc xúc cảm), hoặc căng thẳng tâm lý (stress) không mạnh nhưng kéo dài sang chấn tâm lý hay gặp nhất. Nhân tố tâm lý quan trọng đến mức tạo thành cơ sở tách ra một thể bệnh riêng gọi là "trầm cảm phản ứng". Sốc xúc cảm do quá vui hoặc quá sung sướng có thể gây ra các cơn trầm cảm.

Các nhân tố tâm lý - xã hội, các trường hợp con người khó thích nghi với môi trường khác lạ, hoàn cảnh sống cô đơn, sống biệt lập với người thân; các nhân tố nội sinh (trong các bệnh loạn thần hưng trầm cảm, tâm thần phân liệt, trầm cảm thoái triển, v.v..) đều có thể gây hiện tượng trầm cảm.

Thể tạng, loại hình sinh học "kiểu người mập mạp", có liên quan đến trầm cảm chu kỳ. Yếu tố di truyền có tác động lớn trong một số thể trầm cảm.

Trầm cảm xuất hiện ở mọi lứa tuổi, thường hay gặp ở độ tuổi trên 50. Trầm cảm là triệu chứng của nhiều bệnh ở não (như nhiễm khuẩn trong sọ, liệt toàn thể tiến triển, chấn thương sọ não, xơ

s://myhanoi.com.vn/

mạch não, v.v..); ở các bệnh toàn thân làm thay đổi sinh lý hay làm suy nhược cơ thể (như lao, ung thư, bệnh về máu, rối loạn nội tiết, nhiễm độc, tự nhiễm độc, v.v..) và một số trường hợp không rõ nguyên nhân.

Theo bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 của OMS, các rối loạn trầm cảm được xếp loại như sau:

A. TRẦM CẢM NẶNG

Xuất hiện đơn độc (suốt đời chỉ có một cơn) loại này trong các bảng phân loại gọi là trầm uất, trầm cảm kích động, biểu hiện như đã mô tả ở phần định nghĩa. Trầm cảm kéo dài trong hai tuần lễ, gây đau buồn, trở ngại đối với hoạt động thường ngày.

B. TRẦM CẢM NHẸ

Xuất hiện đơn độc, khác loại trên về mức độ, không gây đau buồn và trở ngại đối với hoạt động hàng ngày, kéo dài ít nhất hai tuần lễ, không có hoang tưởng, ảo giác.

C. TRẦM CẢM XUẤT HIỆN TỪNG GIAI ĐOẠN (PHA) TÁI DIỄN NHIỀU ĐỢT.

Có thể xen kẽ với giai đoạn hưng cảm. Giữa các giai đoạn trầm cảm và hưng cảm là thời kỳ khí sắc bình ổn hoàn toàn. Loại này gọi là bệnh loạn thần hưng trầm cảm. Tỷ lệ mắc bệnh ở hai giới nam và nữ gần như nhau; sau tuổi trung niên, pha trầm cảm thường xuất hiện nhiều hơn pha hưng cảm và kéo dài hơn.

D. RỐI LOẠN TRẦM CẢM TÁI DIỄN

Biểu hiện giống như loại trầm cảm nặng và nhẹ nêu trên, nhưng không xuất hiện đơn độc mà tái diễn nhiều đợt trong đời người. Giai đoạn trầm cảm kéo dài từ 3-12 tháng (trung bình 6 tháng). Bệnh khởi phát muộn thường ở lứa tuổi 50. Phần lớn phục hồi hoàn toàn. Tỷ lệ mắc bệnh ở nữ gấp đôi nam.

E. LOẠN TRẦM CẢM NẶNG, TÁI DIỄN

Gần giống như các bệnh trước kia gọi là trầm cảm, trầm cảm sinh thể, trầm cảm nội sinh. Trong đời ít nhất có hai giai đoạn

s://myhanoi.com.vn/

trầm cảm (nặng hay nhẹ tái diễn; mỗi giai đoạn phải kéo dài trong hai tuần lễ, giữa hai giai đoạn trầm cảm phải có một thời kỳ lành bệnh ít nhất 6 tháng).

G. RỐI LOẠN TRẦM CẢM MỨC ĐỘ NHẸ

Liên tục biểu hiện, đơn độc nhưng kéo dài, có khi gần suốt tuổi thành niên, gây đau buồn và trở ngại trong lao động, học tập của người bệnh. Có thể nặng lên và tiến triển như rối loạn trầm cảm tái diễn hay xen với giai đoạn hưng cảm. Nếu các giai đoạn trầm cảm và hưng cảm nhẹ xen nhau thì gọi là khí sắc tuần hoàn, nếu mức độ khí sắc trầm, nhẹ, kéo dài thì gọi là loạn khí sắc.

H. RỐI LOẠN TRẦM CẢM DI CHỨNG CỦA CÁC RỐI LOẠN KHÍ SẮC TRẦM

Biểu hiện đơn độc hoặc tái diễn nhưng mức độ nhẹ và không kéo dài gồm các trạng thái hỗn hợp trầm cảm và hưng cảm, trầm cảm ẩn, rối loạn xúc cảm khác không liên quan đến nghiện rượu, nghiện ma tuý, rối loạn nội tiết hay rối loạn tâm thần thực tổn.

I. RỐI LOẠN PHÂN LIỆT CẢM XÚC

Loại trầm cảm biểu hiện các triệu chứng phân liệt và triệu chứng cảm xúc xuất hiện đồng thời và nổi bật như nhau (thể trầm cảm xuất hiện sau cơn loạn thần cấp của bệnh tâm thần phân liệt không xếp ở mục này).

Các triệu chứng trầm cảm biểu hiện như đã mô tả ở trên. Các triệu chứng phân liệt biểu hiện bệnh nhân cảm thấy ý nghĩ của mình vang thành tiếng nói trong đầu, bị các lực lượng xa lạ nào đó điều khiển, mưu hại, nghe thấy những tiếng nói gièm pha; buộc tội mà thực tế không có, v.v.. Phần lớn bệnh nhân phục hồi hoàn toàn sau điều trị, một số ít trường hợp tiến triển thành thiếu sót phân liệt (thờ ơ với ngoại cảnh, hành vi kỳ dị, v.v..)

III. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Rối loạn trầm cảm rất phức tạp và rất đa dạng dưới đây chỉ đề cập một số thể lâm sàng thường gặp.

s://myhanoi.com.vn/

A. TRẦM CẢM NỘI SINH

Thời kỳ đầu tiến triển từ vài tuần đến vài tháng, với các hiện tượng mất ngủ, mệt mỏi giảm khí sắc, lo lắng đến sức khoẻ và tương lai, thời kỳ toàn phát có 3 triệu chứng đặc trưng; ức chế cảm xúc, ức chế tư duy và ức chế vận động.

1. Ức chế cảm xúc

Là triệu chứng chủ yếu. Bệnh nhân biểu hiện một nỗi buồn chán sâu sắc vô cớ và khó giải khuây, gọi là nỗi buồn sinh thể, mang tính chất nội sinh; nhiều rối loạn cảm giác cơ thể: ngột ngạt, nôn nao, cảm thấy đau hết chỗ này đến chỗ khác, v.v.. Bệnh nhân than vãn về tình trạng mất hết tình cảm, không biết yêu ghét, hờn giận, vì vậy rất đau khổ (mất cảm giác tâm thần - đau khổ). Có khi kèm theo các triệu chứng giải thể nhân cách (đầu trống rỗng, cơ thể biến đổi, v.v..). Nét mặt ủ rũ, già sọm, kém linh hoạt, cau mày nhăn trán, nhìn đăm đăm, v.v..

2. Ức chế tư duy

Tư duy nghèo nàn, đơn điệu bị choán bởi các chủ đề trầm cảm, liên tưởng chậm, khó kết hợp các ý để lĩnh hội một vấn đề. Bệnh nhân nói ít, gần như không nói; nếu gặng hỏi thì chỉ trả lời thì thào, tiếng một. Có nhiều ý nghĩ tự ti hoặc hoang tưởng tự buộc tội.

3. Ức chế vận động

Bệnh nhân ngồi im hàng giờ, khom lưng, cúi đầu hay nằm im ở góc giường, trùm chăn. Hoạt động hạn chế, chậm chạp, đơn điệu. Ngoài ra còn xuất hiện các triệu chứng khác do toàn bộ hoạt động tâm thần bị ức chế và nỗi buồn chi phối; sự tập trung chú ý bị giảm sút; trí nhớ và hồi tưởng kém, khó khăn, bệnh nhân chỉ nhớ lại những sự kiện khó chịu để làm chủ đề cho sự nghiền ngẫm trầm cảm; ý chí giảm sút, từ do dự, bất lực tiến đến mất nghị lực hoàn toàn; ảo tưởng, ảo giác phản ánh nội dung của hoang tưởng tự buộc tội (bệnh nhân nghe tiếng nói tuyên bố hình phạt, nhìn thấy quan tài, nghe tiếng khóc, v.v..); ý tưởng và hành vi tự sát thường xuất hiện ở bất cứ giai đoạn nào (khởi phát, bình phục, v.v..). Bỏ ăn là biểu thị của ý nghĩ muốn chết. Vì vậy, bệnh nhân cần được theo dõi nghiêm ngặt như một ca cấp cứu. Bệnh nhân có thể tự sát bằng

s://myhanoi.com.vn/

nhiều dạng: tự sát cố ý, có chuẩn bị (tích trữ thuốc độc, trốn bỏ bệnh viện hoặc giả vờ khỏi bệnh, xin đi phép v. v.. để tự sát); trong cơn buồn cao độ, bệnh nhân tự sát bất thần hoặc giết người thân rồi tự sát. Bệnh nhân tự sát bằng nhiều cách: tự cắt xẻo, tự thiêu, nhảy từ tầng cao xuống đất, thắt cổ, nhảy xuống nước, lao vào ô tô v.v.. Các rối loạn thực vật nội tạng thường gặp: chán ăn, buồn nôn, táo, ỉa lỏng, đau đầu, giảm dục năng, giảm cảm giác, giảm trương lực cơ.

Trầm cảm nội sinh có đặc điểm là biểu hiện nặng lên về buổi sáng và nhẹ đi về buổi tối. Nếu không được điều trị, cơn trầm cảm có thể kéo dài vài tuần đến nhiều tháng. Nếu được điều trị cơn rối loạn rút ngắn thời gian, bệnh nhân ăn ngủ tốt lên, hoạt động trở lại và dần dần bình phục. Tiến triển của thể trầm cảm nội sinh: trầm cảm xuất hiện từng giai đoạn, giữa các giai đoạn khí sắc bình ổn hoàn toàn, không làm biến đổi nhân cách và không đi đến sa sút tâm thần.

Các thể không điển hình của trầm cảm nội sinh, tuỳ theo cấu trúc lâm sàng và sự nổi bật một loại triệu chứng nào đó, chia ra các loại sau:

B. TRẦM CẢM SỮNG SỜ

Bệnh nhân bị ức chế tâm thần - vận động nặng nề, đờ đẫn, bất động, không phản ứng với kích thích bên ngoài, mất nói, tuy nhiên nét mặt thất vọng và đôi khi những lời rên rỉ vẫn thể hiện một nỗi đau tâm thần mãnh liệt. Trên nền trầm cảm sừng sỡ, có thể xuất hiện đột ngột cơn xung động trầm cảm với kích động tự hoại thân thể và tự sát.

C. TRẦM CẢM KÍCH ĐỘNG

Có thể là một hồi của cơn trầm cảm hay kéo dài suốt cơn bệnh. Trên bệnh cảnh, trầm cảm lo âu nổi lên hàng đầu, bệnh nhân không ngồi yên một chỗ, luôn luôn đi lại, nhiều động tác tay chân, than vãn đơn điệu với chủ đề lo âu hoặc hoang tưởng. Trong cơn kịch phát lo âu, có thể phát sinh cơn xung động với hành vi chạy trốn, tự cắt xẻo mình hoặc tự sát.

s://myhanoi.com.vn/

D. TRẦM CẢM NGHI BỆNH

Bệnh nhân cho rằng mình mắc một bệnh không thể chữa được. Đôi khi có những cảm giác nặng nề đau đớn ở những bộ phận khác nhau của cơ thể. Tăng cảm, giảm cảm, dị cảm, nhịp tim nhanh chậm thất thường. Do đó thể này gọi là trầm cảm loạn cảm giác trong, cũng có khi dao động khí sắc trong ngày kèm theo nhiều rối loạn thần kinh thực vật (chán ăn, táo bón, mất kinh, v.v..) nên còn xếp vào nhóm này loại trầm cảm thực vật.

E. TRẦM CẢM ÁM ẢNH

Trong bệnh cảnh lâm sàng nổi lên ám ảnh sợ (sợ chiều cao, sợ bị bệnh, v. v..). Thường gặp trạng thái ám ảnh hình tượng, còn trạng thái ám ảnh trừu tượng thì nội dung không rõ ràng và không đặc trưng đối với trầm cảm tuần hoàn. Khi trầm cảm nặng lên thì ám ảnh mất đi, khi trầm cảm nhẹ thì ám ảnh lại xuất hiện, khi trầm cảm kết thúc, ám ảnh tan biến hoặc trở nên hết sức thô sơ. Cơn trầm cảm ám ảnh dễ phát triển ở những người hay lo âu, nghi ngờ hoặc dao động cảm xúc.

G. TRẦM CẢM HOANG TƯỞNG

Bệnh nhân bao giờ cũng có khí sắc đau khổ, nội dung một vài ý nghĩ đơn điệu, cố định, lặp đi lặp lại, tin tưởng tuyệt đối vào hoang tưởng không gì lay chuyển được. Chủ đề hoang tưởng thường là những sai lầm khuyết điểm trong quá khứ với sự phóng đại hậu quả đến mức phi lý, cũng có thể là khuyết điểm do tưởng tượng ra. Bệnh nhân thường có những ý tưởng tự ti, tự buộc tội, thường nói "tôi mất hết phẩm chất, mất hết khả năng, tôi là gánh nặng cho gia đình". Nhưng ý nghĩ hoang tưởng rất đa dạng. Bệnh nhân nghĩ rằng "những người xung quanh đang chú ý đến mình, qua vẻ mặt, thái độ rõ ràng là những người xung quanh đã biết rõ sai lầm của mình" "mình có tội lỗi, sắp bị bắt, bị hành hình"; hoặc cho rằng người thân bị chết, tài sản bị tiêu tan, quê hương bị sụp đổ, một mình (bệnh nhân) sống trong đau khổ hoặc đầy đoạ (hoang tưởng Cotard). Đồng thời với trạng thái hoang tưởng có thể xuất hiện trạng thái ảo tưởng, ảo giác, phản ánh nội dung bị tội lỗi.

s://myhanoi.com.vn/

H. TRẦM CẢM ẨN

Các triệu chứng giống như các triệu chứng của một bệnh cơ thể nổi bật lên, còn các triệu chứng trầm cảm thì mờ nhạt hoặc không xuất hiện. Về tiêu hoá: biểu hiện chán ăn, đau thượng vị, nặng bụng. Về tim mạch - hô hấp: thường gặp đau vùng trước tim, ngột ngạt; cơn khó thở, cơn ngất xỉu xuất hiện. Ngoài ra còn có triệu chứng đau đầu, đau răng, đau thắt lưng, v.v.. Không có các tổn thương thực thể cắt nghĩa được các triệu chứng trên; các triệu chứng tiến triển thành từng giai đoạn theo kiểu chu kỳ, dao động trong ngày (nặng lên vào buổi sáng, nhẹ đi vào buổi tối). Có thể xen kẽ với các cơn trầm cảm điển hình. Người bệnh quá lo âu về bệnh tật của mình, bi quan; giảm bớt hứng thú, giảm sức chịu đựng trong hoàn cảnh sống căng thẳng, rối loạn trầm cảm có thể do yếu tố di truyền, cơn trầm cảm xuất hiện theo từng thời kỳ.

I. TRẦM CẢM TRẺ EM

Nhiều tác giả nêu lên các biểu hiện trầm cảm đa dạng về lâm sàng và bệnh sinh ở trẻ sơ sinh và thiếu niên. Ở trẻ sơ sinh có biểu hiện các hiện tượng thờ ơ, bỏ bú, chán ăn, rối loạn phát triển toàn thân, rối loạn giấc ngủ. Ở trẻ em lớn hơn, ngoài các triệu chứng trên có thể thấy biểu hiện buồn chán, lo lắng, cảm giác tự ti, thất vọng.

K. TRẦM CẢM TÂM SINH

Là trạng thái phản ứng của một nhân cách yếu đối với một môi trường không thuận lợi. Đặc điểm của biểu hiện lâm sàng không sâu sắc như trầm cảm nội sinh. Bệnh nhân ít có ý tưởng bị buộc tội. Trầm cảm mang sắc thái loạn cảm (cơn khóc, cơn than vãn về nỗi khó khăn, nỗi bất hạnh, cho rằng mình là nạn nhân). Các triệu chứng trầm cảm thường phản ánh tình huống sang chấn tâm lý. Bệnh nhân lo lắng với nhiều triệu chứng của một bệnh cơ thể (chóng mặt, tức ngực, run, v.v..). Bệnh nhân vẫn giữ được hy vọng tìm sự thiện cảm và che chở. Các triệu chứng ức chế (mệt mỏi, thờ ơ, chán nản, bất lực) xuất hiện ngay lúc sáng dậy; bệnh nhân không mất cảm giác tình cảm, không có nét mặt kém linh hoạt và vận động chậm, ý tưởng tự sát không mạnh. Có khi đe doạ tự sát để gây áp lực hoặc kêu gọi sự giúp đỡ. Tuy vậy, bệnh nhân cần được theo dõi

s://myhanoi.com.vn/

nghiêm ngặt. Đề phòng tự sát. Trạng thái trầm cảm đôi khi có tính phản ứng rõ rệt với thái độ của người xung quanh. Sự thờ ơ hay sự chăm sóc quá đáng đều có hại. Trầm cảm tâm sinh bao gồm một nhóm trầm cảm không đồng nhất về bệnh cảnh, có hai loại chính sau:

1. Trầm cảm phản ứng

Là một thể của loạn thần phản ứng với một hoạt động tâm thần có thể rối loạn đến mức độ mất tính toàn vẹn, tính thống nhất. Có những rối loạn về hoạt động nhận thức, ý thức, tiếp xúc, hành vi, thường xuất hiện cấp ngay sau một sang chấn tâm lý mạnh, đột ngột (người chết bất ngờ, thất tình, tổn thất danh dự, v.v..). Nếu được điều trị, bệnh thường khỏi nhanh và khỏi hẳn.

2. Trầm cảm tâm căn

Như là một triệu chứng của bệnh tâm căn: khí sắc trầm, giảm hứng thú, dễ cảm động, lo lắng về bệnh tật, về những điều không may mắn có thể xảy ra. Loại này xuất hiện sau một thời gian sang chấn, thường là nhiều xung đột căng thẳng kéo dài (ví dụ mâu thuẫn gia đình). Tiến triển của bệnh: ở người trung niên và ở người già thường kéo dài, khi tăng khi giảm. Bệnh tăng lên khi có các sự kiện gợi nhớ sang chấn tâm lý ban đầu. Tiên lượng phụ thuộc vào phương thức tác động của sang chấn gây bệnh. Về nguyên tắc, bệnh có thể chữa khỏi nếu không có các bệnh tật khác kèm theo.

L. TRẦM CẢM TRIỆU CHỨNG

Có các đặc điểm lâm sàng từ nhẹ đến sâu sắc, trầm cảm tồn tại trong một giai đoạn hay kéo dài trong quá trình bệnh tiến triển. Trầm cảm diễn biến tuỳ theo sự tiến triển của bệnh chính, tuỳ cường độ của tác nhân gây hại và sức phản ứng của từng cơ thể. Các hội chứng có thể gặp là hội chứng trầm cảm paranoid có các triệu chứng buồn rầu, sợ hãi, kích động, lo âu, ảo tưởng lời nói, hoang tưởng bị tội; có thể kèm theo ý thức mê sảng, lú lẫn, kích động giống động kinh. Các triệu chứng tăng lên về đêm. Hội chứng trầm cảm paranoid và hội chứng trầm cảm không điển hình có các triêu chứng lo âu (than khóc) kèm theo các ý tưởng nghi bệnh, loạn cảm giác bản thể (khó chịu ở những vùng khác nhau), trầm cảm có thể gặp

s://myhanoi.com.vn/

trong các bệnh nhiễm khuẩn (ví dụ bệnh cúm), các bệnh thực tổn của não (ví dụ xơ vữa động mạch não), các bệnh nội tiết (ví dụ bệnh Cushing) trong quá trình điều trị thuốc (các loại steroid)

III. CHẨN ĐOÁN BỆNH

Trước hết, cần xác định chính xác các thể lâm sàng cấu trúc của chúng và nguyên nhân của các rối loạn trầm cảm. Cần khai thác đầy đủ lý lịch bệnh nhân, tiền sử gia đình và bản thân, các yếu tố sang chấn tâm lý, các giai đoạn mắc bệnh trước kia và hiện nay. Đồng thời thăm khám toàn diện, phát hiện các bệnh thực tổn.

Chẩn đoán trầm cảm theo bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD 10) dựa vào các tiêu chuẩn sau:

A. CÁC TRIỆU CHỨNG CƠ BẢN

1. Khí sắc trầm, người bệnh buồn rầu ủ rũ
2. Mất quan tâm và thích thú
3. Giảm năng lượng dẫn đến sự mệt mỏi và giảm hoạt động

B. CÁC TRIỆU CHỨNG KHÁC KÈM THEO

1. Giảm sút sự tập trung và chú ý
2. Giảm sút tính tự trọng và lòng tự tin
3. Có những ý tưởng bị tội, tự ti
4. Nhìn vào tương lai ảm đạm và bi quan
5. Có ý tưởng và hành vi tự sát
6. Rối loạn giấc ngủ
7. Ăn ít ngon miệng

Chẩn đoán trầm cảm nhẹ ít nhất phải có 2 trong 3 triệu chứng cơ bản trên và tối thiểu phải có 2 trong số các triệu chứng khác.

Giai đoạn trầm cảm nặng có 3 triệu chứng cơ bản và ít nhất có 4 trong số các triệu chứng khác.

Thời gian xuất hiện phải có ít nhất 2 tuần lễ, trường hợp triệu chứng nặng bất thường và khởi phát nhanh thời gian có thể ngắn hơn.

a. Với trầm cảm nội sinh

Chú ý các triệu chứng sinh thể (nặng nề, u uất), khí sắc dao động trong ngày, có cảm giác mất tình cảm, đau khổ. Bệnh nhân

s://myhanoi.com.vn/

đánh giá một cách lệch lạc và cường điệu quá khứ, hiện tại và tương lai của mình. Các đề tài hoang tưởng có tính chất ly tâm (do mình gây ra) và mở rộng (người thân, đồng nghiệp cũng phải chịu thiệt hại, đau khổ).

b. Với trầm cảm tâm sinh

Tìm hiểu kỹ nguyên nhân liên quan tới sang chấn tâm lý; tình huống gây sang chấn phản ánh trên bệnh cảnh trầm cảm phản ứng, ức chế biểu hiện khu trú. Ý tưởng tự sát của bệnh nhân hiếm và ít nguy kịch. Bệnh nhân có nhân cách yếu, có tiền sử bệnh tâm căn. Cần chú ý rằng sang chấn tâm lý có thể kịch phát cơn trầm cảm nội sinh

c. Với trầm cảm ẩn

Thường khó chẩn đoán, phát hiện chậm từ 1-5 năm. Cần phân biệt với các bệnh cơ thể. Đặc biệt trầm cảm ẩn là không có sự cân xứng giữa triệu chứng của một bệnh cơ thể và toàn trạng (ví dụ cảm giác nặng nề vùng thượng vị nhưng nghỉ ngơi cũng không đỡ); lời nói của bệnh nhân có mầu sắc bi quan, lo âu về bệnh tật của mình; triệu chứng bệnh có thể xuất hiện theo kiểu cơn chu kỳ tiến triển mạn tính; bệnh nhân cảm thấy toàn cơ thể bị biến đổi chứ không phải một bộ phận; bệnh nhân có khái niệm về cơn trầm cảm trước. Điều trị triệu chứng bệnh có thể không có kết quả.

d. Với trầm cảm triệu chứng của các bệnh cơ thể

Trầm cảm có thể kèm theo rối loạn ý thức (rối loạn định hướng thời gian, không gian, mê sảng, lú lẫn, v.v..), rối loạn trí nhớ, kích động kiểu động kinh (cơn kịch phát bất thần), suy kiệt, các triệu chứng thường tăng lên về đêm.

IV. CÁC THUỐC CHỐNG TRẦM CẢM

Có một tác dụng điều chỉnh khí sắc. Các monoamin não: serotonin và catecholamin (dopamin DA và noradrenalin NA) có vai trò như thế nào trong rối loạn trầm cảm ? Khi luồng thần kinh truyền từ nơron này đến nơron khác, các amin não trong các túi tích trữ hoặc ngoài các túi nơron trước sinap được giải phóng vào khe sinap và đến các vị trí tiếp nhận của nơron sau sinap. Ở khe sinap, các monoamin bị khử hoạt tính bởi COMT (cateco-o-metiltranferase) phần monoamin do nơron trước sinap thu lại, bị khử hoạt tính bởi MAO (monoamin oxydase).

s://myhanoi.com.vn/

Thuốc reserpin gây trầm cảm trên người bằng cách tháo rỗng NA từ các túi tích luỹ. Như vậy lượng NA giảm đi do bị khử amin bởi MAO (dị hoá) trong nơron. Các thuốc IMAO ức chế sự dị hoá đó, làm tăng hàm lượng monoamin não, do đó làm tăng khí sắc. Các thuốc chống trầm cảm ba vòng kìm hãm nơron trước sinap thu hồi monoamin, do đó tỷ lệ monoamin tăng nơi khe sinap và làm tăng khí sắc.

Trong những trạng thái trầm cảm, monoamin chuyển hoá như thế nào ? Serotonin và chất chuyển hoá của nó 5HIAA (5 hydroxy indol acetic acid) giảm nồng độ trong não và dịch não tuỷ của người bệnh trầm cảm. Có công trình nghiên cứu nêu tác dụng chống trầm cảm của tryptophan và 5-HTP, đó là những tiền chất của serotonin. Song lại có những công trình nghiên cứu khác cho kết quả không đồng nhất.

Catecholamin (DA, NA) giảm chuyển hoá trong pha trầm cảm, nhưng những nghiên cứu khác lại cho kết quả ngược lại. Hiện nay, sinh lý bệnh học của hội chứng trầm cảm (rất phức tạp về bệnh căn) chưa thật sáng tỏ, tuy có giả thuyết thiên về sự cân bằng chức năng giữa hệ hoạt hoá serotonin và hệ hoạt hoá catecholamin.

Các chất điện giải và các hormon có tác động trong rối loạn trầm cảm. Sự rối loạn phân bố Na ngoài ra trong tế bào, tăng rõ rệt Na dư trong cơn trầm cảm. Na dư còn tăng nhiều hơn trong cơn hưng cảm. Ngoài tác dụng chồng chéo trên, sự chuyển hoá monoamin, lithium làm giảm Na dư và làm tăng Na có thể trao đổi cùng với sự tăng dịch ngoài tế bào.

Theo một số công trình nghiên cứu, cortison máu tăng trong cơn trầm cảm. Song sự bất thường này không khẳng định và tuỳ thuộc nỗi lo âu nhiều hơn trầm cảm.

Tóm lại, trong các giả thuyết về cơ chế điều chỉnh khí sắc, cần ghi nhận các hiện tượng rối loạn sinh hoá (đặc biệt của nhóm monoamin não).

V. ĐIỀU TRỊ

Rối loạn trầm cảm nhằm mục đích làm cơn trầm cảm ngắn lại, cường độ cơn giảm, ngăn ngừa hành vi tự sát, đề phòng cơn tái phát, làm cho các khoảng thời gian tỉnh táo càng dài càng tốt. Công việc này do bác sĩ tâm thần tiến hành.

s://myhanoi.com.vn/

A. CHỈ ĐỊNH NHẬP VIỆN TUYỆT ĐỐI

Tất cả mọi trường hợp rối loạn trầm cảm nặng, bệnh nhân có ý tưởng tự sát, không chịu ăn, mất ngủ dai dẳng, toàn trạng suy sụp, trầm cảm kéo dài, v.v.. và các trường hợp điều trị ngoại trú không có kết quả.

Với các trường hợp rối loạn trầm cảm có cường độ trung bình, bệnh nhân có hoàn cảnh khó khăn (sống biệt lập, không có người thân chăm sóc chu đáo, v. v..) thì kết hợp điều trị ở bệnh viện và ngoại trú. Với người rối loạn trầm cảm tâm sinh, cần cân nhắc việc điều trị ở bệnh viện vì điều trị nội trú trong một số trường hợp bệnh có thể xấu đi.

Khi bắt đầu điều trị, cần tạo môi trường tâm lý tin cậy, cởi mở để bệnh nhân chấp thuận nằm viện và các phương pháp chữa bệnh. Cần theo dõi chặt chẽ, đề phòng bệnh nhân tự sát ở mọi giai đoạn phát triển bệnh. Chú ý phương pháp điều trị theo cường độ, bệnh căn, cấu trúc của hội chứng trầm cảm và đặc điểm từng bệnh nhân (tuổi, trạng thái tâm thần, thể chất, điều kiện sống v.v..). Kết hợp các liệu pháp sau:

1. Liệu pháp sốc điện

Hiện nay vẫn là phương pháp tốt. Mỗi đợt điều trị: 6-12 sốc (mỗi tuần 3 sốc hoặc mỗi ngày một sốc). Chỉ định chính: Bệnh nhân có ý tưởng và hành vi tự sát, trầm cảm sững sờ, các trạng thái trầm cảm đã điều trị bằng thuốc không khỏi, các trường hợp trầm cảm có chống chỉ định liệu pháp hoá học (dị ứng thuốc, bệnh về máu).

2. Liệu pháp hoá học

Các thuốc chống trầm cảm cho kết quả rất tốt, các thuốc IMAO ngày nay ít dùng vì gây nhiều biến chứng. Các thuốc chống trầm cảm kích thích: imipramin (Tofranil, Melipramin), clomipramin (Anafranil); chỉ định chủ yếu cho trầm cảm sững sờ. Các thuốc chống trầm cảm êm dịu: amitriptylin (Laroxyl, Elavil); chỉ định chủ yếu cho các trường hợp trầm cảm kích động, lo âu và trầm cảm nhẹ.

B. ĐIỀU TRỊ CƠN TRẦM CẢM NẶNG

Ngay từ đầu, chỉ định các thuốc chống trầm cảm đường tiêm, với liều tăng dần và thích hợp với từng người bệnh: với thể trầm

s://myhanoi.com.vn/

cảm có ức chế (sững sờ): Melipramin hoặc Anafranil truyền tĩnh mạch ngày đầu 25mg, sau tăng dần lên liều tối đa 100mg/ngày. Hoặc tiêm bắp ngày đầu 4 ống (100mg) tăng lên 8 ống (200mg) trong những ngày sau. Từ ngày thứ tư, cho kết hợp uống 4-8 viên (100-200 mg/ngày) đồng thời giảm liều thuốc tiêm vào ngày thứ 8. Tiếp tục điều trị các thuốc trên, uống 4-8 viên/ngày. Thời gian điều trị từ 2-3 tháng.

Chú ý: các phương pháp điều trị có thể thất bại do liều lượng và thời gian tác dụng chưa đủ. Cần theo dõi các tác dụng phụ. Các thuốc chống trầm cảm kích thích chỉ cho vào buổi sáng và trưa, dùng buổi tối làm tăng mất ngủ. Kết quả không thấy ngay sau khi cho thuốc và thường không sớm hơn 10-15 ngày. Khi bệnh đã thuyên giảm tốt, duy trì liều Melipramin 75-100 mg/ngày. Mỗi liệu trình không ngắn hơn 2-3 tháng. Ngừng thuốc sớm có thể làm xuất hiện trạng thái trầm cảm cấp. Khi bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng hưng cảm (đảo ngược khí sắc), ngừng ngay các thuốc trầm cảm. Để tránh cho bệnh nhân lo âu và mất ngủ nặng hơn, có thể dùng kết hợp thuốc an thần yên dịu (Nozinan 50-100 mg/ngày), hay thuốc bình thản (Elenium, Seduxen 20-40 mg/ngày). Với trầm cảm lo âu, trầm cảm hoang tưởng, trầm cảm kích động; chỉ định các thuốc chống trầm cảm yên dịu với thuốc an thần, ví dụ amitriptylin 200-250 mg/ngày (chia 3 lần); Nozinan 100-200 mg/ngày (chia 3 lần).

C. ĐIỀU TRỊ TRẦM CẢM TÂM SINH

Liệu pháp tâm lý là ưu tiên, liệu pháp hoá dược là cần thiết ở thời kỳ đầu. Trong các thể nặng, chỉ định các phương pháp điều trị như trong trầm cảm nội sinh. Các thuốc bình thản (meprobamat, Seduxen) và an thần dịu (Nozinan, Melleril) được dùng kết hợp với các thuốc chống trầm cảm, sau đó có thể thay thế.

D. ĐIỀU TRỊ TRẦM CẢM TRIỆU CHỨNG

Phải điều trị bệnh cơ bản. Các thuốc chống trầm cảm Amitriptylin, Melipramin có thể cho kết quả tốt với liều vừa phải và thích hợp.

s://myhanoi.com.vn/

1. Chống chỉ định

Các thuốc chống trầm cảm kích thích (Melipramin) không dùng trong các trường hợp có bệnh mạch máu, giảm huyết áp, nhũn não, lú lẫn, động kinh, trầm cảm lo âu, trầm cảm kích động. Tác dụng phụ của thuốc chống trầm cảm: khô miệng, chóng mặt, hạ huyết áp, kém điều tiết, táo bón, rối loạn cơ trơn, mất ngủ, gây cơn động kinh, làm tăng lo lắng, tăng hoang tưởng, chuyển sang hưng cảm giải ức chế vận động làm tăng nguy cơ tự sát.

2. Điều trị ngoại trú

Các cơn trầm cảm nặng đã ổn định sau điều trị nội trú, các trường hợp trầm cảm nhẹ. Liều lượng Melipramin 50-100 mg/ngày (sáng, trưa) hoặc Anafranil 25-50 mg/ngày (sáng, chiều); hoặc amitriptylin 25-75 mg/ngày (sáng, chiều); hoặc Ludiomil 50-100 mg/ngày.

Lithium, điều trị và đề phòng trầm cảm là thuốc điều chỉnh khí sắc, có tác dụng chống hưng cảm mạnh; tác dụng chống trầm cảm yếu hơn. Về phòng bệnh, lithium cho kết quả tốt với các giai đoạn hưng cảm cũng như trầm cảm. Lithium thường dùng dưới dạng carbonat viên nén 300mg. Liều tấn công: 1800mg/ngày; liều duy trì hay phòng bệnh là 150-900 mg/ngày, chia 2-3 lần. Với liệu trình kéo dài và liều lượng thích hợp, hàm lượng lithium máu là 0,7-1,2 mEq, đảm bảo tác dụng chữa bệnh tốt, không gây tai biến. Cần định lượng lithium máu mỗi tháng một lần trong quá trình điều trị.

Tác dụng phụ và biến chứng: run, yếu cơ, đái nhiều, tăng cân, giảm dục năng và đôi khi bướu giáp, rối loạn trí nhớ, rối loạn ý thức (lú lẫn), ngủ gà, co giật v.v.. là những triệu chứng ngộ độc nặng, phải ngừng thuốc ngay.

E. LIỆU PHÁP TÂM LÝ

Rất cần thiết, ngay cả khi liệu pháp hoá dược là chủ yếu trong đợt điều trị. Trong đa số cơn trầm cảm, thầy thuốc có thể dùng liệu pháp tâm lý hỗ trợ như tiếp xúc chuyện trò, sử dụng liệu pháp tâm lý nhóm, thư giãn v.v..

s://myhanoi.com.vn/

VI. PHÒNG BỆNH

Rối loạn trầm cảm, chủ yếu là chú trọng giáo dục nhân cách trẻ em từ nhỏ, để sau này có các phẩm chất hoà nhập dễ dàng với cuộc sống, nghề nghiệp xã hội; thích ứng linh hoạt với những hoàn cảnh bất lợi luôn luôn có thể xảy ra. Tổ chức lao động, sinh hoạt và nghỉ ngơi hợp lý. Tránh tình trạng căng thẳng về cảm xúc và các sang chấn tâm lý. Phát hiện và điều trị sớm các bệnh cơ thể. Khuyến khích mẫu gia đình ba thế hệ. Quan tâm chăm sóc trẻ mồ côi, người có hoàn cảnh khó khăn đặc biệt (người tàn tật), người già cô đơn, v.v..

s://myhanoi.com.vn/

Phần
Y HỌC CỔ TRUYỀN

Biên soạn: GS. HOÀNG BẢO CHÂU
BS. VƯƠNG ANH DŨNG

s://myhanoi.com.vn/

CHÂM CỨU HỌC

A. 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 huyệt. Châm là dùng kim châm vào huyệt, cứu là dùng sức nóng cứu trên huyệt để điều khí và giảm đau nhằm mục đích phòng bệnh và chữa bệnh. Có thể coi châm cứu là phương pháp lý liệu cổ truyền.

B. HỌC THUYẾT KINH LẠC

1. Đại cương

Kinh lạc là đường tuần hoàn của khí huyết, là hệ thống liên lạc nối liền bên trong với bên ngoài để duy trì sự sống, nuôi dưỡng phần vật chất, duy trì hoạt động chức năng của cơ thể. Nó gồm có kinh mạch và lạc mạch. Kinh là đường đi dọc sâu ở trong cơ, lạc là mạng lưới phân bố toàn thân.

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. 12 kinh nhánh: tách từ các kinh chính ra 8 mạch; không thuộc kinh chính.
	Lạc mạch	15 lạc lớn. lạc mạch: tách từ lạc lớn đi ngang, đi nổi ở nông lạc mạch nhỏ: tách từ lạc mạch, phù lạc, huyết lạc
	Bộ phận phụ thuộc	bên trong có: tạng phủ bên ngoài có: hệ gân cơ (12 kinh cân) da (12 khu da).

s://myhanoi.com.vn/

3. Tác dụng của kinh lạc

a. Về sinh lý

- Kinh lạc là đường đi của khí huyết để đi nuôi dưỡng toàn thân.
- Kinh lạc là hệ thống liên lạc 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 thích ứng tốt 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 bị bệnh (theo sự phân bố của 14 kinh mạch và sự quan hệ của chúng với tạng phủ).
- Dựa vào thay đổi bệnh lý của đường kinh để xác định bệnh thuộc kinh nào (bằng cách ấn vào các huyệt tìm điểm ấn đau, đo điện trở da ở huyệt, đo mức nhậy cảm với nhiệt của huyệt tỉnh, nhìn thay đổi màu sắc của đường kinh...)

d. Về điều trị

- Dựa vào chẩn đoán chỉ đạo việc dùng thuốc, quy kinh của các vị thuốc trong điều trị.
- Chỉ đạo việc dùng huyệt châm cứu trong điều trị.

C. HUYỆT

1. Định nghĩa

Huyệt là nơi sinh khí ra vào huyệt nằm ở da.

2. Có nhiều loại huyệt

a. Huyệt của 12 kinh chính và 2 mạch nhâm đốc (gọi chung là 14 kinh)

b. Huyệt ở ngoài đường kinh, không phải của kinh nào.

s://myhanoi.com.vn/

c. Huyệt a thị (chỗ nào đau, chỗ đó là huyệt) vì vậy huyệt a thị không có vị trí nhất định, chỉ xuất hiện khi có bệnh và mất đi khi hết bệnh.

3. Vị trí của huyệt

Ở mặt da, và thường ở các chỗ: khớp, trước và sau 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 huyệt

a. Về sinh lý: là nơi sinh khí ra vào, nơi dừng lại của vệ khí, nơi tụ hội của khí và tạng phủ.

b. Về bệnh lý: là nơi tác động 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 huyệt (ấn đau, điện trở da thấp, độ nhậy cảm với nhiệt độ tăng) để xác định kinh nào hay tạng phủ nào bị bệnh.

d. Về điều trị: là nơi tác động vào để điều hoà chức năng của cơ thể, làm giảm đau giúp cơ thể tự chiến thắng bệnh tật.

5. Cách lấy huyệt

a. Lấy huyệt theo cách phân chia vùng của cơ thể.

Ở đầu

+ Khoé mắt trong đến khoé mắt ngoài là một tấc dùng để đo chiều ngang đầu.
+ Từ điểm giữa hai đầu lông mày (huyệt ấn đường) đến dưới gai sau đốt sống cổ 7 (huyệt đại chuỳ) là 18 tấc, dùng để đo chiều dọc đầu.

Ở ngực bụng

+ Từ bờ xương ức (huyệt thiên đột) đến bờ dưới cung sườn (huyệt trung đình) là 9 tấc, dùng để đo dọc ở ngực.
+ Từ bờ dưới cung sườn (huyệt trung đình) đến rốn (huyệt thần khuyết) là 8 tấc, dùng để đo dọc ở bụng trên.

s://myhanoi.com.vn/

+ Từ rốn (huyệt thần khuyết) đến bờ trên xương mu (huyệt khúc cốt) là 5 tấc, dùng để đo dọc ở bụng dưới.

+ Từ đầu vú bên này sang đầu vú bên kia là 8 tấc, dùng để đo ngang ở ngực, bụng và cả 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 tấc.

+ Từ giữa khuỷu tay đến giữa nếp gấp cổ tay là 12,5 tấc.

Ở chi dưới

+ Phía trong: từ bờ trên xương mu (huyệt khúc cốt) đến bờ trên lồi củ xương đùi là 18 tấc, 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 tấc.

+ Phía ngoài: từ bờ trên mấu chuyển lớn đến khe khớp gối (huyệt túc dương quan) là 19 tấc, từ đây đến điểm cao nhất mắt cá ngoài (ngang huyệt côn lôn) là 16 tấc.

b. Lấy huyệt theo tấc tay

+ Ngón tay giữa và ngón tay cái để đối nhau, đoạn nối đầu hai nếp gấp đốt ngón giữa là một tấc.

+ 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 tấc.

c. Lấy huyệt theo mốc giải phẫu

Ví dụ: đầu lông mày là huyệt toản trúc, rốn là huyệt thần khuyết, dưới gai sau đốt sống cổ 7 là huyệt đại chuỳ...

s://myhanoi.com.vn/

KỸ THUẬT THỰC HÀNH CHÂM CỨU

Châm là dùng kim châm vào huyệt, cứu là dùng sức nóng làm nóng huyệt (thường dùng mồi ngải, điếu 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.

A. 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. Mỗi kim sau khi châm phải để riêng sau đó dùng bông lau sạch, sửa những kim bị cong hay bị quằn mũi và tiệt trùng như trên (luộc kim và để sôi 15 phút là một yêu cầu bắt buộc). Nếu có nồi hấp xách tay thì hấp 120°C - 150°C trong 120 phút (cách tiệt trùng tốt nhất).

2. Bông vô trùng

Cắt thành miếng đủ để tẩm cồn lau sạch da chỗ châm hoặc để cầm máu sau khi châm.

3. Cồn sát trùng 70°

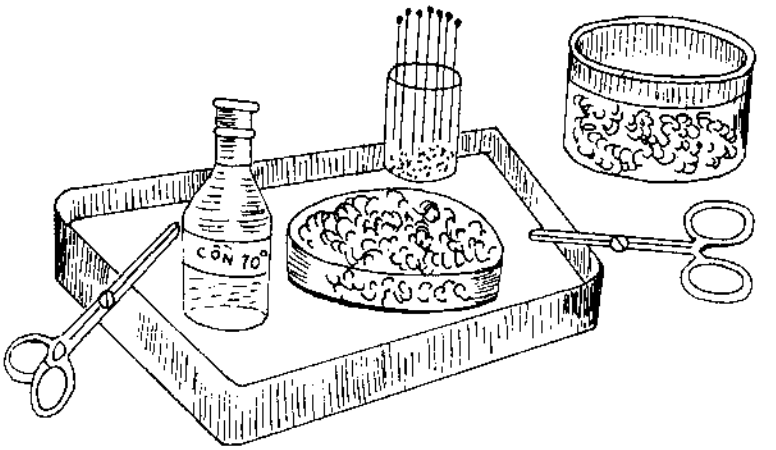
4. Hai hộp đựng kim

Một hộp đựng kim đã sát trùng đường kính từ 30 đến 100cm, một hộp đựng kim bẩn (kim đã châm rồi).

s://myhanoi.com.vn/

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.

B. 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 ngửa: 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.

s://myhanoi.com.vn/

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, ngửa đầu.

b. Ngồi chống cằm

c. Ngồi cúi nghiêng đầu.

d. Ngồi duỗi tay.

e. Ngồi co khuỷu tay.

C. 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 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

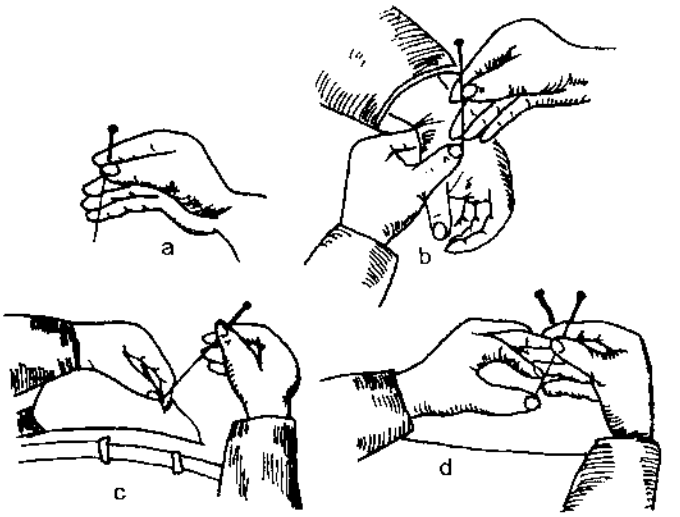
a. Tay phải cầm kim: ngón cái và ngón trỏ giữ đốc kim, ngón giữa đỡ thân kim, cầm kim phải chắc và thuận tiện, thì châm kim qua da mới dễ, đỡ đau và đỡ cong kim. Nếu châm bằng kim dài, có thể cầm ngay ở mũi kim có lót bông vô trùng.

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.

s://myhanoi.com.vn/



Hình 2. *Kỹ thuật tay dùng kim châm*

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 huyệt: dùng ngón trỏ hay ngón cái tay trái ấn vào vùng huyệt đã định, tìm cho đúng vị trí huyệt đúng theo các mốc của giải phẫu, hoặc theo cảm giác dưới ngón tay (khi tạng phủ có bệnh ở những huyệt tương ứng thường có một số thớ cơ co cứng lại) cảm giác của người bệnh (nhiều huyệt khi ấn đúng, người bệnh có cảm giác tê tức, hoặc nếu đang đau thì dễ chịu).

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, lúc ấn phải vừa đủ và phải đúng 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.

s://myhanoi.com.vn/

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 tuỳ 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 tuỳ 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 tuỳ theo người béo, người gầy, trẻ em hay người lớn. Đối với trẻ em và người gày không được châm sâu và không được kích thích mạnh 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

Vùng	Độ sâu (từ....đến)
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 qui định phạm vi độ nông sâu của kim châm ở một số vùng, của người lớn không béo, không gầy.

s://myhanoi.com.vn/

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 thầy 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 mỏi, 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 huyệt chưa. Nếu chệch huyệt ít, kéo lùi mũi kim đến dưới da, châm kim hướng về phía huyệt rồi kích thích lại, nếu chệch huyệt 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" hoặc phải sang các lần châm sau mới có "đắc khí".

D. CÁCH BỔ TẢ

Sau khi châm đã"đắc khí"thì tuỳ 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, đái dễ, mạch hư yếu.

s://myhanoi.com.vn/

b. Bệnh thuộc thực: phần nhiều là bệnh mới mắc, cơ thể còn khoẻ, người khó chịu bứt rứt, bụng đầy trướng, ỉa đái 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:

Yêu cầu	Bổ	Tả
Theo hơi thở	Thở ra châm kim vào Thở vào rút kim ra	Thở vào châm kim vào 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

Hiện nay hay dùng nhất cách bổ tả gồm cường độ kích thích và thời gian lưu kim.

Thủ thuật bình bổ bình tả: sau khi châm "đắc khí" rồi, cường độ thời gian kích thích ở giữa bổ và tả

Đ TAI BIẾN DO CHÂM VÀ CÁCH GIẢI QUYẾT

1. Say kim

a. Nguyên nhân: người bệnh sợ châm, cơ thể yếu mà kích thích quá mạnh, châm những huyệt cảm giác mạnh ở tư thế ngồi, trạng

s://myhanoi.com.vn/

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 choáng váng, 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, nới rộng quần áo, đắp ấm, tránh chỗ gió lùa, cho uống nước chè nóng hay nước nóng. Giải thích cho bệnh nhân yên tâm.

Nếu ngất, châm nhân trung và lần lượt châm các huyệt: thập tuyên, vê thật mạnh, thấy bệnh nhân ú ớ kêu đau (đã tỉnh lại) thì thôi châm. Để cho bệnh nhân nằm yên cho uống nước chè 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 huyệt.
- Châm nhẹ nhàng và nên châm ở tư thế nằm.

2. Châm vào các phủ tạng quan trọng

Thường do châm sâu kích thích mạnh, lưu kim lâu. Mỗi tạng phủ 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 tuỷ và đỉnh phổi). Phải cẩn thận không được châm sâu ở nơi có nội tạng quan trọng.

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.

s://myhanoi.com.vn/

4. Gãy kim

Do kim cong gấp, gỉ. Khi kim châm vào quá mạnh và không chính xác làm kim cong gập lại và gẫy ở sát cán kim.

Xử trí: Phải bình tĩnh giữ nguyên tư thế của người bệnh lúc châm. Nếu đầu gẫy ló ra ngoài da dài, dùng tay rút ra.

Nếu chỗ gẫy chỉ ló ra ngoài 1 - 2mm không được dùng tay, phải dùng panh không có mấu 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 gẫy 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 qui định vô trùng.

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.

s://myhanoi.com.vn/

- 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 mồi ngải hay điếu ngải để dùng.

A. 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 miếng nhỏ có màu vàng đẹp, sờ mịn như nhung.

Ngải nhung cháy rất tốt, không bị rơi tàn, nên tránh được bỏng khi cứu.

Mồi ngải cứu xong phải dập tắt đi. Vứt mồi ngải còn cháy vào sọt rác rất dễ gây hoả hoạn .

B. DỤNG CỤ

- Một hộp đựng ngải nhung để làm mồi ngải.
- Một số điếu ngải cứu.
- Một hộp đựng tàn ngải cứu hoặc lọ penicilin để dập tắt điếu 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 xâu gừng, tỏi.
- Một khay men để đựng các thức trên.

s://myhanoi.com.vn/

1. Cách làm mồi 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, tuỳ theo cần sức nóng nhiều hay ít.

2. Cách làm điếu ngải

Dùng giấy bản cắt thành miếng dài 20cm, rộng 4cm, rải ngải nhung lên, quấn thành điếu tròn như điếu 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.

C TƯ THẾ NGƯỜI BỆNH

Khi cứu huyệt nào, huyệt đó phải được đặt ở tư thế mặt da ngay ngắn và hướng lên trên, để khỏi làm đổ mồi ngải, làm rơi lát gừng, tỏi trong khi cứu.

D. CÁCH CỨU

1. Cứu bằng mồi ngải

a. Cứu cách gừng: đặt lát gừng lên huyệt, đặt mồi ngải lên lát gừng, châm hương cháy, đặt đầu nén hương lên đỉnh mồi ngải cho bắt lửa. Nếu nóng nhiều 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 mồi ngải cháy hết, đặt mồi ngải khác lên, cứu tiếp đến khi da hồng lên là được. Thường cứu từ 5-7 mồi 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.

s://myhanoi.com.vn/

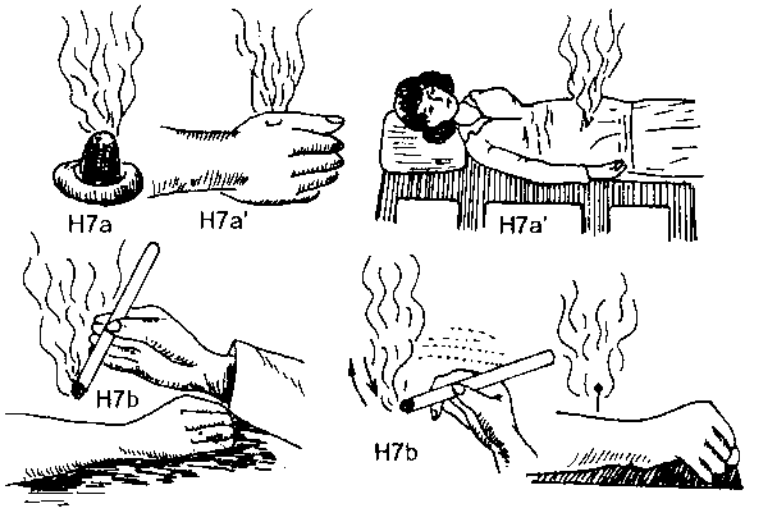
c. *Cứu cách muối*: chỉ cứu ở lỗ rốn, dùng muối ăn lấp cao hơn lỗ rốn 1-2mm, đặt mồi ngải to lên trên muối để cứu.

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 mồi. Nên ứng dụng kết hợp với cấp cứu y học hiện đại trong các chứng lỵ trực trùng và ỉa chảy nhiễm độc.

Hiện nay ít dùng cứu cách gừng, cứu cách tỏi vì dễ gây bỏng.

2. Cứu bằng điếu ngải

– Đốt một đầu điếu ngải, hơ trên huyệt cách mặt da 2cm, khi người bệnh thấy nóng thì để cách xa dần ra, nếu chưa thấy ấm thì để gần hơn đến khi thấy ấm thì dừng. Nếu người bệnh thấy nóng, ấm, thoải mái thì giữ nguyên khoảng cách để cho đến khi da hồng lên là được.



Hình 3. *Các cách cứu*

– Khi cứu phải dùng ngón tay út đặt da làm điểm tựa để cố định khoảng cách đầu điếu ngải với da, đề phòng khi sơ ý tay tự động hạ thấp khoảng cách, làm đầu điếu ngải châm vào da gây bỏng.

s://myhanoi.com.vn/

a. Cứu ôn hoà: điếu ngải để nguyên một chỗ, giữ nguyên một chỗ, giữ nguyên khoảng cách với huyệt làm người bệnh có cảm giác nóng ấm dễ chịu, cho đến khi da vùng huyệt hồng lên.

Cách này dùng cho chứng hư.

b. Cứu mổ cò: đưa điếu 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.

Cách này thường dùng cho chứng thực.

Riêng ở ngoài da, ngoài 2 cách trên, có thể dùng cách đưa điếu ngải đi khắp vùng tổn thương để làm vùng da đó đỏ lên.

Đ. TAI BIẾN DO CỨU, CÁCH GIẢI QUYẾT

Bỏng: khi cứu người phù và người liệt, bệnh nhân thường bị mất hay kém cảm giác, không báo cho thầy thuốc biết chính xác cảm giác của mình, khi người bệnh thấy nóng là đã bị bỏng, vì thế khi cứu cho những người bệnh này, thầy thuốc phải luôn dùng tay sờ vào huyệt 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 mồi ngải cháy nhanh là lát gừng, tỏi lại quá nóng. Biểu hiện sau khi cứu, chỗ đã đặt gừng, tỏi thường bị mọng nước.

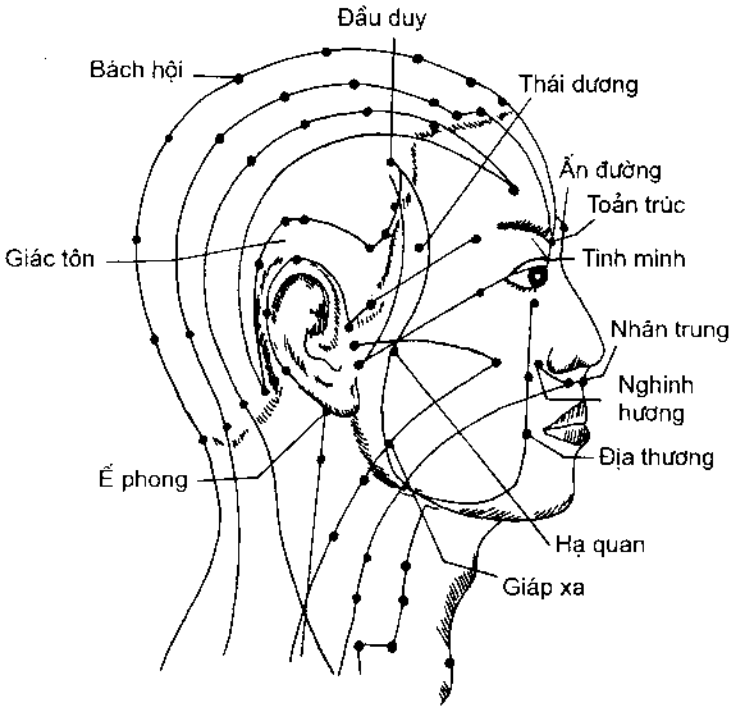
E. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH CỦA CỨU

- 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 ở dầu, mặt, cổ, các khớp vận động. Nếu cần cứu phải hết sức cẩn thận không được gây bỏng.

G. 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.

s://myhanoi.com.vn/



Hình 4. *Huyệt ở đầu mặt*

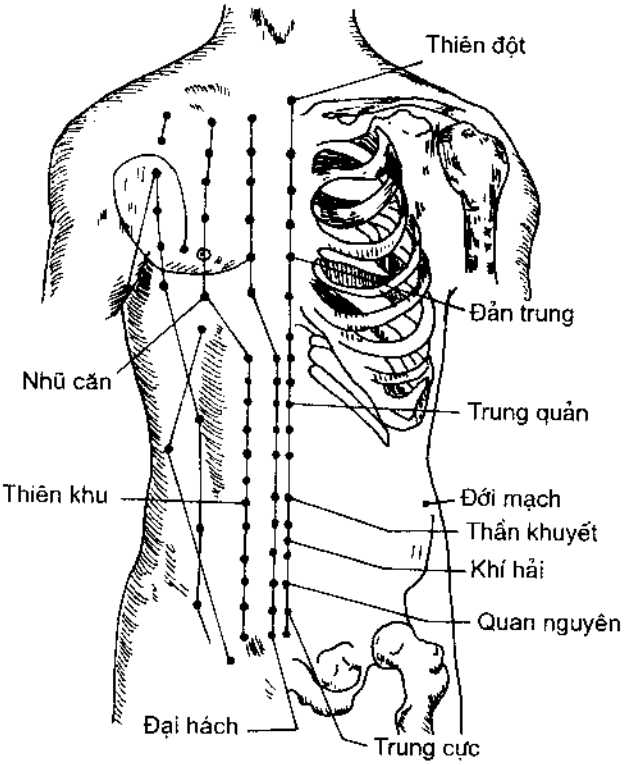
1. Có huyệt châm, có huyệt cứu

- Châm ở đầu chữa đau đầu.
- Cứu ở lưng chữa thiếu máu.

2. Ôn châm

Vừa châm vừa cứu trên cùng một huyệt. Sau khi châm lồng một đoạn điếu ngải vào đốc kim rồi đốt, hoặc sau khi châm kim dùng điếu ngải hơ trên kim và huyệt, cho sức nóng truyền vào sâu. Như châm cứu chữa liệt mặt ngoại biên do lạnh, sau khi châm huyệt"tình minh", 'giáp xa","địa thương"bên liệt, đốt điếu ngải hơ luôn lên huyệt"giáp xa","địa thương"như thế sẽ làm bệnh khỏi nhanh hơn.

s://myhanoi.com.vn/



Hình 5. *Huyệt ở bụng ngực*

VỊ TRÍ, TÁC DỤNG CÁC HUYỆT VÀ THỦ THUẬT CHÂM CỨU

"A"

1. A thị

Còn gọi là điểm đau, huyệt thiên ứng.
Vị trí: điểm đau ở đâu là huyệt ở đấy
Chữa: các chứng đau, bệnh cấp.

s://myhanoi.com.vn/

Thủ thuật: châm nông, sâu, tuỳ chỗ nhiều hay ít thịt và tổ chức bị bệnh ở nông hay ở sâu, kích thích mạnh, cứu 2-3 mồi, 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, cứu 2-3 mồi hơ 3-5 phút; nếu đau cấp, châm xong có thể nặn ra một giọt máu.

3. Ẩn bạch

Vị trí: mé trong góc móng chân cái, cách góc móng 1 phân (10phân = 1tấc).

Chữa: đầy bụng, kinh nguyệt nhiều, băng huyết, rong huyết, kinh phong.

Thủ thuật: châm chếch sâu 1 phân, cứu 3-5 mồi, 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.

"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 mỏm tai và đường bổ dọc đầu.

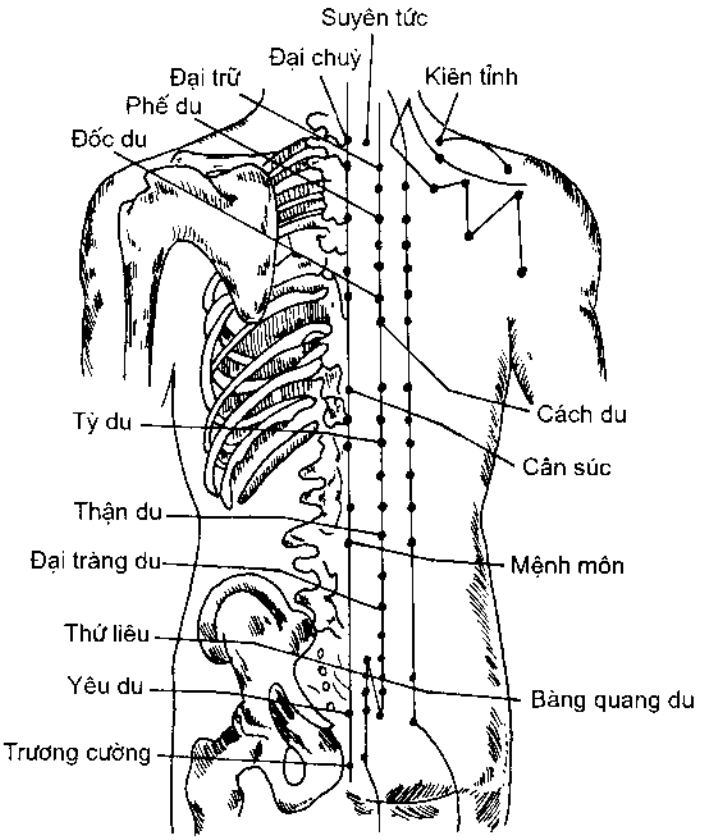
Chữa: đau đầu, lòi dom và các chứng có liên quan với não (suy nhược thần kinh, di chứng não...).

Thủ thuật: Châm chếch dưới da, sâu 2 - 3 phân, cứu 3-5 mồi từ 3 - 5 phút.

s://myhanoi.com.vn/

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 đám rối thần kinh cùng.
Thủ thuật: Châm thẳng 3-8 phân, cứu 3-5 phút.



Hình 6. *Huyệt ở lưng mông*

"C"

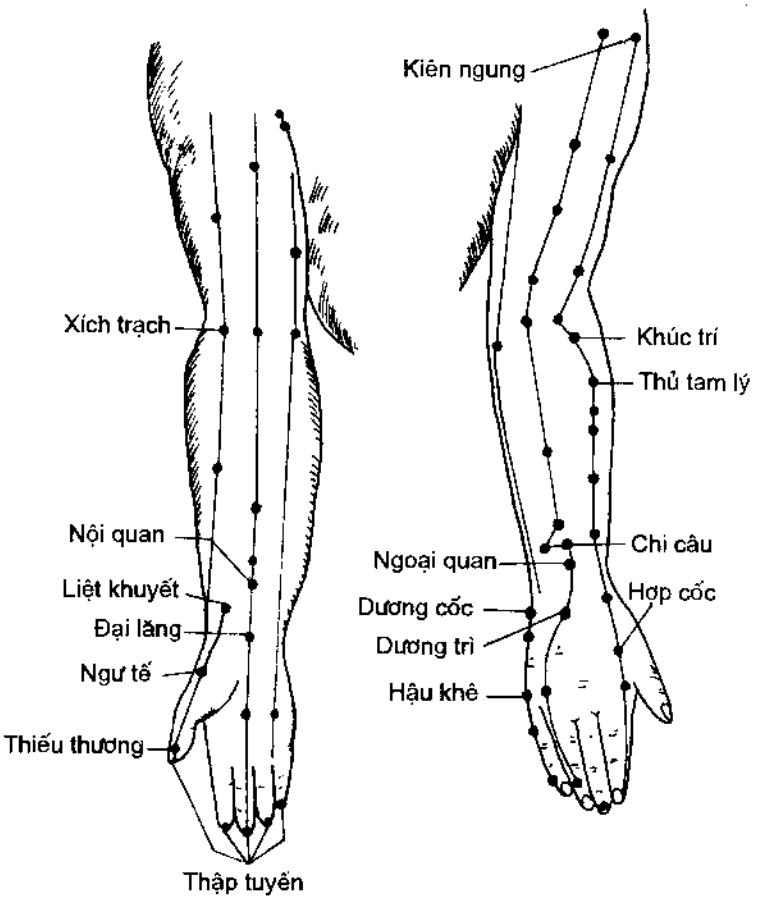
7. Can du.

Vị trí: dưới gai sau đốt sống lưng 9 ngang mỗi bên 1,5 tấc.

s://myhanoi.com.vn/

Chữa: hoàng đản, đau sườn, mắt đỏ, quáng gà, thổ huyết, đau dạ dày, huyết áp cao.

Thủ thuật: châm chếch xuống sâu 5 phân, cứu 3 - 7 mồi, từ 5 - 7 phút, chú ý không châm quá sâu



Hình 7. *Huyệt ở chi trên*

8. Cách du

Vị trí: dưới gai sau đốt sống lưng 7 ngang ra mỗi bên 1,5 tấc.

Chữa: nôn mửa, nấc, thổ huyết, mồ hôi trộm, thiếu máu, đau sút lưng.

Thủ thuật: châm chếch xuống sâu 5 phân, cứu 3 - 7 mồi, từ 3 - 7 phút.

s://myhanoi.com.vn/

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 lôn

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, đẻ khó.

Thủ thuật: châm thẳng 5 phân, cứu 3-5 phút (chú ý không dùng huyệt này đối với phụ nữ có mang).

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.

Thủ thuật: châm thẳng 8-10 phân, cứu 5-7 phút.

13. Dưỡng lão

Vị trí: phía sau mu bàn tay, từ lằn cổ tay lên một tấc chỗ lõm sát trên đầu xương trụ phía xương quay.

s://myhanoi.com.vn/

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 chếch mũi kim xuống, sâu 5 phân, cứu 3 - 7 phút.

"Đ"

15. Đại chuỳ

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 mồi, 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.

Chữa: đau thoát vị, đau bìu dái, băng huyết, rong huyết, són đái, bí đại tiện.

Thủ thuật: châm chếch 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.

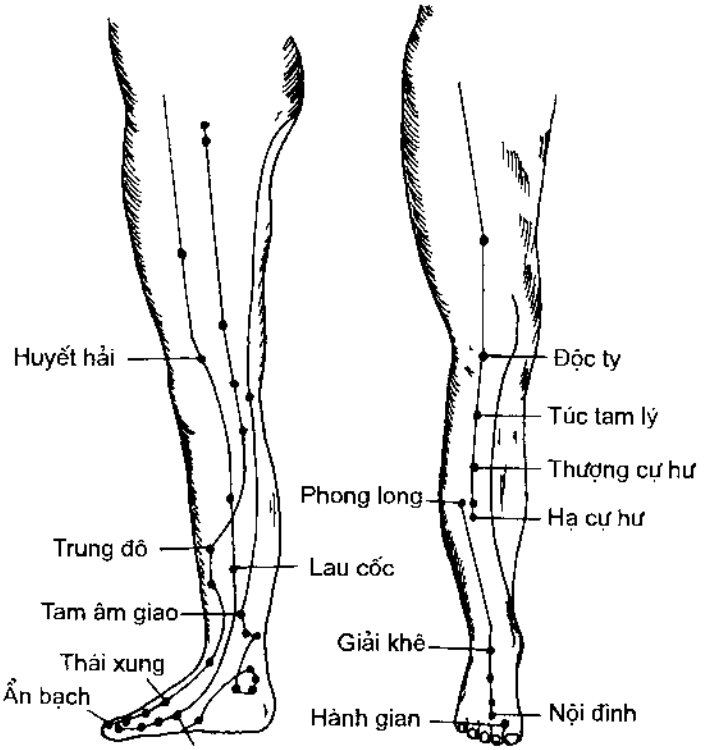
18. Đại trữ

Vị trí: dưới gai sau đốt sống lưng 1, ngang ra mỗi bên 1,5 tấc.

s://myhanoi.com.vn/

Chữa: sốt, ho hen, đau đầu, đau bả vai, cứng cổ, nhức xương,

Thủ thuật: châm chếch xuống sâu 5 phân, cứu 5 - 10 phút.



Hình 8. *Huyệt ở chi dưới (a)*

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.

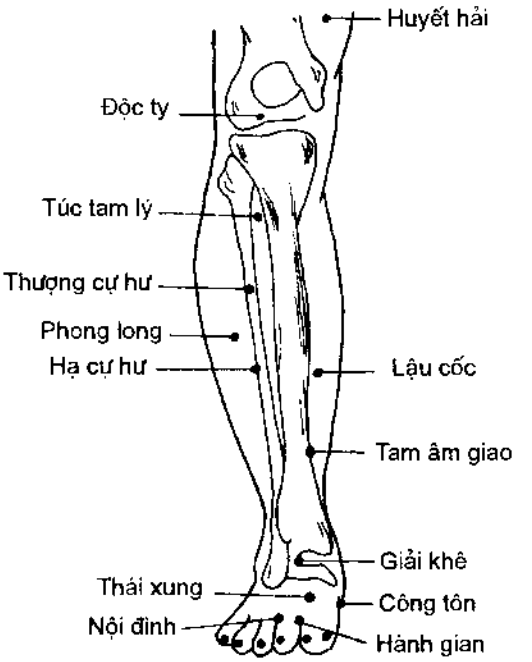
20. Đại trường du

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.

s://myhanoi.com.vn/

Thủ thuật: châm thẳng 5 - 10 phân, cứu 5 - 10 mồi hoặc 5 - 7 phút.



Hình 9. *Huyệt ở chi dưới (b)*

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 luồn 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.

s://myhanoi.com.vn/

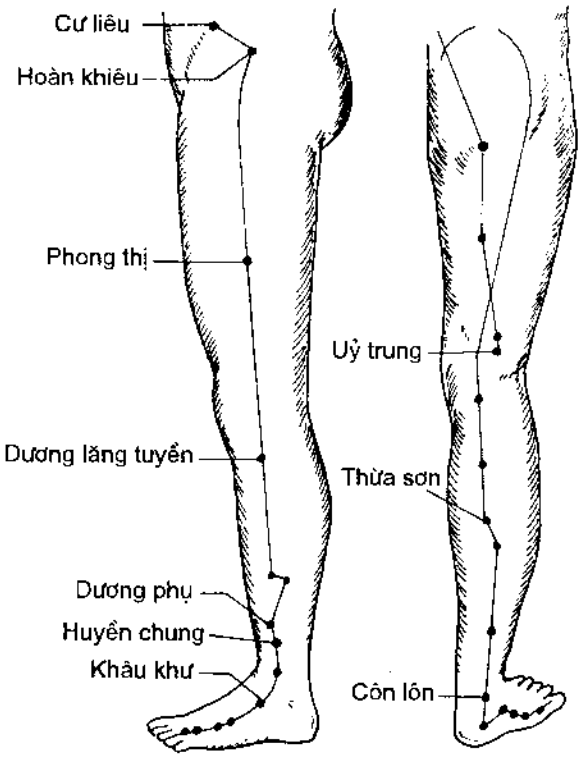
Thủ thuật: châm chếch về phía mép sâu 3 - 4 phân (nếu là liệt mặt có thể châm luồn dưới da theo hướng huyệt giáp xa, cứu 3 - 5 phút.

23. Đởm du

Vị trí: dưới gai sau đốt sống lưng 10 ngang ra mỗi bên 1,5 tấc.

Chữa: hoàng đản, đắng miệng, ngực sườn đau, đau dạ dày,

Thủ thuật: châm chếch mũi kim xuống, sâu 5 phân, cứu 3-5 mồi.



Hình 10. *Huyệt ở chi dưới (c)*

"E"

24. Ế phong

Vi trí: chỗ lõm giữa xương chũm và ngành lên xương hàm dưới, sát bờ dưới dái tai, ấn tay vào có cảm giác tức.

s://myhanoi.com.vn/

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, huyệt nổi lên.

Chữa: liệt mặt, hàm răng nghiến chặt, đau răng, quai bị.

Thủ thuật: châm chếch mũi kim về phía miệng nếu là liệt mặt, châm thẳng nếu là hàm răng nghiến chặt và quai bị, châm chếch về chỗ đau là chữa đau răng, cứu 7 mồi.

s://myhanoi.com.vn/

"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.

Thủ thuật: châm chếch 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 1 lồi nhọn, huyệt 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, huyệt ở chỗ lõm, sau mấu chuyển lớn, nếu nối mấu chuyển lớn với mỏm gai đốt sống cùng 4 thì huyệt ở chỗ nối 1/3 ngoài với 2/3 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 mồi, (chú ý bệnh nhân có cảm giác chạy dọc sau đùi xuống khoeo là tốt).

s://myhanoi.com.vn/

32. Hợp cốc

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. Huyết 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 phần, cứu 3-5 mồi.

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 mồi.

35. Kiên tỉnh

Vị trí: ở điểm giữa của đường thẳng nối huyệt đại chuỳ với mỏm cao nhất của khớp cùng vai đòn.

Chữa: đau bả vai, 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 chếch về phía sau, vào trong cơ thang.

36. Kiên ngung

Vị trí: chỗ lõm (giữa l/3 trước, l/3 giữa của cơ đen ta) dưới bờ trước mỏm 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.

s://myhanoi.com.vn/

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, dái dầm, dái dắt, bí đái, kinh nguyệt không đều, hành kinh đau bụng.

Thủ thuật: châm thẳng 5 - 10 phân, cứu 5 -10 mồi.

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 huyệt.

Chữa: cánh tay đau, chi trên liệt, mề đay, dị ứng, sốt cao, đau mắt đỏ.

Thủ thuật: châm thẳng 8 - 15 phân, cứu 3 - 7 phút

41. Khúc tuyền

Vị trí: ở phía trong khớp gối, chỗ lõm đầu nếp gấp kheo 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.

s://myhanoi.com.vn/

"L"

42. Liệt khuyết

Vị trí: từ lằn chỉ cổ tay lên 1,5 tấc, bờ trên mỏm trâm xương quay.

Chữa: đau đầu, ho hen. đau họng, đau răng, bệnh ở cổ gáy.

Thủ thuật: châm chếch ngang hướng về khuỷu tay sâu 2 - 8 phân, cứu 3 - 7 phút.

"M"

43. Mệnh môn

Vị trí: dưới mỏm gai sau đốt sống thắt lưng 2.

Chữa: đau thắt lưng, sút lưng, cứng xương sống, di tinh liệt dương, khí hư. đái dầm.

Thủ thuật: châm thẳng 5 - 8 phân, cứu 1 - 15 mồi, cứu 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 chếch lên sâu 2 - 3 phân. Nếu mất tri giác, châm vê thật mạnh làm cho người bệnh có cảm giác đau.

45. Nhị gian

Vị trí: chỗ lõm phía trước đầu sau đốt 1 ngón trỏ 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 chếch 2 - 3 phân, cứu 3 - 5 phút.

s://myhanoi.com.vn/

46. Nhiên cốc

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 chếch 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 chếch 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. Ngư 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.

s://myhanoi.com.vn/

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

Ví trí: chính giữa lằn chỉ cổ tay phía gan tay lên 2 tấc 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 đu

Vị trí: dưới gai sau đốt sống lưng 3 ngang ra mỗi bên 1,5 tấc.

Chữa: ho hen, thổ huyết. mồ hôi trộm, viêm phế quản, chấp lẹo.

Thủ thuật: châm chếch kim xuống sâu 5 phân, cứu 3 - 7 mồi, hoặc 5 - 15 phút.

55. Phong trì

Vị trí: từ giữa chân tóc gáy lên 1 tấc, rồi ngang ra mỗi bên hai tấc, chỗ lõm dưới xương chẩm, ấn tay vào có cảm giác tức là huyệt.

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 huyệt bên trái hướng mũi kim về mắt bên phải và trái lại. Cứu 3 - 7 mồi.

56. Phong môn

Vị trí: dưới gai sau đốt sống lưng 2 ngang ra mỗi bên 1,5 tấc.

Chữa: cảm sốt, nhức đầu, ngạt mũi, viêm phế quản, đau vai.

Thủ thuật: châm chếch mũi kim xuống sâu 5 phân cứu 3 - 5 phút.

s://myhanoi.com.vn/

57. Phong long

Vị trí: ở điểm giữa đường nối huyệt độc tỵ 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. Qui 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 xuyễn.

Thủ thuật: châm 5 - 7 phân, cứu 3 - 5 mồi.

s://myhanoi.com.vn/

"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 chếch 2 - 3 phân, hoặc châm nặn máu.

65. Thái khê

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.

s://myhanoi.com.vn/

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 xuyễn, 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 thắt lưng 2, ngang ra mỗi bên 1,5 tấc.

Chữa: đau lưng, di tinh, liệt dương, đái dầm, kinh nguyệt không đều, khí hư, cơn đau thận, hen, suy nhược thần kinh.

Thủ thuật: châm thẳng 5 - 10 phân, cứu 5 - 15 mồi, 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 mồi, từ 5 - 15 phút, hoặc cứu đến khi chân tay ấm lại.

71. Thập tuyên

Vị trí: chính giữa đầu chót 10 ngón tay.

s://myhanoi.com.vn/

Chữa: sốt cao, 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 tấc.

Chữa: đau bụng, ỉa chảy, đau quanh rốn, táo bón.

Thủ thuật: châm thẳng 5 - 10 phân, cứu 5 - 15 mồi, 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 chếch 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 tấc, ngang ra mỗi bên 1,3 tấc 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.

Thủ thuật: châm chếch 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 chếch 1 phân, cứu 10 - 15 phút.

77. Thượng tinh

Vị trí: từ sống mũi thẳng lên ở trên chân tóc 1 tấc.

s://myhanoi.com.vn/

Chữa: đau đầu, đau mắt, mũi chảy nước, chảy máu cam

Thủ thuật: châm luồn 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 chếch mũi kim lên 2 - 3 phân, cứu 3 - 5 mồi, từ 5 - 15 phút.

79. Thuỷ 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. Tình 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 huyệt để cầm máu ngay.

b. Châm qua da.

81. Trung quản

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.

s://myhanoi.com.vn/

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 mồi.

84. Trung đình

Vị trí: dưới huyệt đản trung 1,6 tấc đúng bờ cung sườn.

Chữa: sườn ngực đau, trẻ trớ 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 thắt lưng 2 ngang ra mỗi bên 3 tấc.

Chữa: di mộng tinh, liệt dương, đau lưng.

Thủ thuật: châm thẳng 5 - 10 phân, cứu 7 - 21 mồi.

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 mồi, 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.

Thủ thuật. châm 3 - 5 phân, cứu 3 - 5 phút.

88. Ty trúc không

Vị trí: chỗ lõm ở đuôi lông mày.

s://myhanoi.com.vn/

Chữa: đau đầu, chóng mặt, đau mắt đỏ.

Thủ thuật: châm luồn dưới da 3 phân.

89. Tỳ du

Chữa: ỉa chảy, hoàng đản, phù thũng, ăn không tiêu, đau lưng.

Thủ thuật: châm thẳng 3 - 5 phân, cứu 3 - 7 mồi.

90. Uỷ 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 chích 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 chếch mũi kim xuống sâu 5 phân, cứu 5 - 15 mồi

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 amiđan, đau khuỷu tay

Thủ thuật: châm thẳng 5 - 7 phân, cứu 5 - 7 phút

s://myhanoi.com.vn/

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 khoẻ.

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 chữa 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 tán hàn (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 thông hạ, làm mềm các khối rắn (mang tiêu).

s://myhanoi.com.vn/

- Vị chua có tác dụng thu liễm cố sáp (giữ lại) (kim anh tử, ngũ bội tử).

Ngoài ra, còn có vị đạm (nhạt) không có vị rõ rệt và có tác dụng lợi tiểu, thấng 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 đởm.
- Thuốc có sắc đỏ, vị đắng, thuộc hoả, 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 thuỷ, 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

s://myhanoi.com.vn/

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 tác dụng phụ, độc tính và 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 tía, làm rau ăn sống, mọc ở khắp các địa phương. Hạt (tô tử) chữa ho. Cành tía tô (tô ngạnh) 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 cua cá, dùng 6 - 12 g/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, sưng họng, mắt đỏ, cầm máu (sao đen), dùng 6 - 12 g/ngày sắc uống.

3. Lá sả

Lá và bẹ lá (phình ra ở gốc) của cây sả (Cymbopegoncitratus Stapf). Họ lúa (Poaceae).

- Cây thảo sống dai, luôn luôn xanh tốt, có ở khắp địa phương. Trồng bằng nhánh (dò).

s://myhanoi.com.vn/

- Vị cay tính ấm, có mùi thơm, vào kinh phế, tỳ, và bàng quang. Có tác dụng tăng cường tiêu hoá (Thân rễ là phần nằm dưới đất có tác dụng kiện kỳ, tăng tiêu hoá).
- Giải cảm phong hàn, chữa trướng bụng, tăng tiêu hoá 8 - 20 g/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 tía, mọc bò. Lá mọc đối, mép có răng cưa, có nhiều lông.
- Vị cay tính mát, vào kinh can phế. Có tác dụng phát tán phong nhiệt, hoá đờm, hạ tích, tiêu sưng, giảm ngứa.
- Chữa ngoại cảm, sốt, họng đau. mắt đỏ, phát ban, 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 ngọt, hơi đắng tính mát vào kinh phế can. Có tác dụng phát tán phong nhiệt, sáng mắt giải độc.
- Chữa chứng phong gây đau đầu, mắt đỏ, nhọt độc dùng 3 - 12 g/ngày (thuốc sắc).

6. Hương nhu

Toàn cây (trừ rễ) của cây hương nhu trắng (Ocimum gratissimum L.) hoặc hương nhu tía (Ocnnum sanctum L.). Họ hoa môi (Lamiaceae).

s://myhanoi.com.vn/

- Cây cỏ cao từ 80 - 150 cm, lá mọc đối, có răng cưa, 2 mặt có lông, màu tía hay trắng, có mùi thơm dễ chịu được trồng khắp các địa phương.
- Vị cay, tính ấm, vào kinh phế vị. Có tác dụng trừ cảm nắng, lợi tiểu, điều hoà tỳ vị, giải 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 trilubatum Scholt) họ ráy (Araceae).

- Cây cỏ sống hàng năm, thân rễ phình ra thành củ. Cây cao 20 - 30 cm. Lá mọc từ mặt đất, cuống dài 6 - 20 cm, 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. Có tác dụng táo thấp hoá đờm, giáng nghịch.
- Chống nôn, chữa ho có đờm, đau đầu chóng mặt do đờm. Liều lượng: Bán hạ chế 6 - 8 g/ngày dưới dạng sắc.

8. Gừng tươi

Là thân rễ (củ) của cây gừng (Zingiber officinale Rooc) 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 tâm, phế, tỳ, vị, thận, đại trường. Có tác dụng tán phong hàn, ấm bụng, chống nôn, tiêu đờm, giải độc.

(Làm thuốc còn dùng can khương (gừng khô), tiêu khương (gừng khô sao sém vàng, thán khương (gừng khô đốt tồn tính).

- Giải cảm phong hàn, chữa đau bụng do lạnh, khó tiêu, ỉa lỏng, nôn, dùng làm thang cho một số thang thuốc, dùng 6 - 12 g/ngày sắc uống.

s://myhanoi.com.vn/

C. THUỐC HẠ TẢ *(nhuận tràng, tẩy)*

9. Ba đậu (thuốc độc bảng A)

Là hạt của cây ba đậu (Croton tiglium). Họ thầu dầu (Euphorbiaceae).

- Cây nhỡ, 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 bảng A) đem giã, bọc giấy bản, ép (cho giấy bản hút dầu) rồi sao qua, hơi vàng gọi là ba đậu sương (thuốc độc bảng A).
- Vị cay tính nóng, rất độc, vào kinh vị, đại trường. Có tác dụng trừ hàn tích, phá kết, trừ đờm ẩm.
- Chữa chứng hàn tích, táo bón, thuỷ thũng, khó thở. Ngày dùng 0,05-0,2g ba đậu sương (hạt đã ép hết dầu, 1 - 2 g 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 mang, 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, trồng bằng cành làm 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 sổ.
- Chữa táo bón, phù thũng: nhuận tràng 4 - 8 g/ngày, tẩy sổ 10 - 12 g/ngày.

(Hoa đại chữa ho nhiệt, lương huyết, tiêu đờm 4 - 12 g/ngày)

s://myhanoi.com.vn/

D. THUỐC LỢI TIỂU TRỤC THUỶ

11. Xa tiền tử (hạt mã đề)

Là hạt cây mã đề (Plantago major L). Họ mã đề (Plantagidaceae)

- 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 thu các bông mã đề đã già phơi hay sấy khô, rồi vò sát, sàng sảy.
- Vị ngọt, tính hàn, vào kinh can, thận, tiểu trường. Có tác dụng lợi tiểu, thanh nhiệt, cầm ỉa, trừ thấp tý, không độc.
- Chữa đái rắt, đái buốt, ỉa chảy nhiệt, ho nhiệt. Liều dùng 6 - 12 g/ngày. Toàn cây (Xa tiền thảo) 20 - 40 g/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 ở nhiều địa phương. Hạt khô đem về đập rụng khỏi cây, phơi khô, xay xát lấy nhân.

- Vị ngọt, tính hơi lạnh, vào kinh tỳ, phế, vị, có tác dụng kiện tỳ, bổ phế, thanh nhiệt, lợi tiểu thẩm thấp.
- Chữa thấp tý, ỉa chảy, phù dinh dưỡng, phế ung, tràng ung, lợi tiểu. Liều dùng 10 - 30 g/ngày.

13. Hạt bìm bìm. (Khiên ngưu 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 Hắc sửu, Bạch sửu.

- 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.

s://myhanoi.com.vn/

- Chữa phù có bụng nước gây khó thở, trùng tích (ký sinh trùng đường ruột, bế tắc đại tràng). Liều dùng 4 - 8 g/ngày, phụ nữ có thai không nên dùng.

Đ. 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, vào kinh thận, phế tỳ. 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 nhiều mọc 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 ứ, 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) 12 g/ngày.

16. Hy thiêm

Lấy phần trên mặt đất của cây hy thiêm (Siegesbeckia Orientalis L). Họ cúc (Compositae).

s://myhanoi.com.vn/

- 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, vào kinh can thận. Có tác dụng trừ phong thấp, mạnh gân cốt.
- Chữa phong thấp 8 - 10 g/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 Hoá, Nghệ Tĩnh, Quảng Nam.
- Vị cay ngọt, tính rất nóng, ít độc, vào kinh tâm, phế, tỳ, can, thận. Có tác dụng bổ mệnh môn hoả, 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 1 - 4 g/ngày

18. Can khương (gừng khô)

- Gừng tươi (xem thuốc chống nôn) phải 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).
- Chữa ỉa chảy, nôn mửa, tay chân lạnh, ho do hàn, phong hàn thấp tý. Liều dùng 1 - 4 g/ngày.

F. THUỐC THANH NHIỆT

Là các vị thuốc mát, có tác dụng thanh nhiệt tả hoả.

s://myhanoi.com.vn/

19. Kim ngân hoa

Là hoa mới nở, phơi khô của dây Kim ngân (Lonicerajaponica Thunb). Họ cơm cháy (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 dòng 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.
- 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 dại, rau bao)

Toàn cây bồ công anh (Lactuca indica L). Họ Cúc (Compositeae)

- 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 tỳ vị. Có tác dụng thanh nhiệt, tiêu độc, tán kết.
- Chữa sưng vú mụn nhọt, tràng nhạc, vết thương nhiễm trùng. Dùng 15 - 20 g/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 (Scro phulariaceae).

Cây đã di thực vào nước ta, loại thảo cao 20 - 30 cm. Rễ củ mẫm. 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).

s://myhanoi.com.vn/

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, chảy máu cam, chảy máu tiêu hoá, phát ban sưng họng. Liều lượng 10 - 30g thuốc sắc.

22. Huyền sâm (hắc sâm và nguyên sâm)

- Rễ (thường gọi là củ) của cây huyền sâm (Scrophularia buergeriams 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, hơi mặn, tính hàn, vào kinh phế, thận. Có tác dụng tư âm, giáng hoả, giải độc.
- Chữa các bệnh tổn thương tân dịch, sưng họng, nổi ban, mụn nhọt. Liều dùng 10 - 12 g/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 đởm. tam tiêu. Có tác dụng: thanh nhiệt ở tam tiêu, giáng hoả, lợi tiểu, cầm máu.
- Chữa những chứng nhiệt như: viêm gan vàng da, viêm bàng quang cấp, nôn máu, chảy máu cam. Liều dùng: 6 - 12 g/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).

s://myhanoi.com.vn/

Cây nhỡ, cao 8 - 10m. Lá kép lông chim hoa nâu đỏ sẫm, quả dẹt chứa nhiều hạt trồng. bằng cành.

- Vị đắng, tính lạnh, vào kinh tỳ 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 - 16 g/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, cay, hơi ngọt, tỉnh ấm, vào kinh can đởm. Có tác dụng trừ thấp nhiệt. thông tiểu tiện. kích thích tiêu hoá.
- Chữa viêm gan siêu vi trùng, 8 - 12 g/ngày

26. Nha đảm tử (khổ luyện tử)

Là hạt của cây xoan rừng (sầu đâu cứt 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. Sắc uống (cho người lớn).

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 cói (Cyperaceae).

s://myhanoi.com.vn/

- 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 mễ. 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, vào kinh can và tam tiêu có tác dụng lý khí giải uất, điều kinh, giảm đau, giúp tiêu hoá
- Chữa đau tức bụng ngực, kinh nguyệt không đều. Dùng 6 - 12 g/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, vào kinh tỳ phế, có tác dụng lý khí kiện tỳ, táo thấp hoá đờm.
- Chữa ngực bụng đau trướng, ăn không ngon, nôn, ỉa chảy. ho. Dùng mỗi ngày 4 - 12g.

29. Sa nhân

Quả già sắp chín phơi khô của cây sa nhân (Amomum sp) - Họ gừng (Zmgiheraceae).

Quả là 1 nang 3 ngăn hình trứng, to nhất bằng ngón tay giữa, mặt ngoài có 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 vào kinh tỳ, vị, thận. Có tác dụng hành khí, hoà vị, tỉnh tỳ, tiêu thực, an thai.
- Chữa hàn tả, ngực bụng đau trướng, nôn, động thai. Liều lượng 1 - 3 g/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)

s://myhanoi.com.vn/

Quả non, vỏ sù sì, vàng nhạt, vỏ dầy, đắng, nhiều hạt (quả già phải sấy khô gọi là chỉ xác là 1 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, tiêu hoá kém, đại tiện ra máu. Dùng 6 - 12 g/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, vào kinh can, đởm và tâm bào. Có tác dụng lý khí, hoạt huyết, trừ phong, chỉ thống. Làm nung mủ nhanh.
- Chữa kinh nguyệt không đều, đau đầu hoa mắt, ngực sườn đau, phong thấp nhức mỏi, liệt nửa người.

32. Nghệ (khương 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 đắng, tính ấm vào kinh thận, can. Có tác dụng hành khí, 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.

s://myhanoi.com.vn/

- 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.

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 thuỳ: 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.
- Chữa bệnh phụ khoa: kinh nguyệt không đều, khí hư, máu ứ gây đau bụng sau đẻ. Dùng 8 - 10 g/ngày sắc uống.
- Hạt ích mẫu gọi là sung uý tử chữa bệnh can thận, mắt mờ.

35. Sâm tam thất

Rễ củ cây tam thất (Panax psenudo - 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, Lao Cai. Sapa...).

s://myhanoi.com.vn/

- Vị dắng. hơi ngọt, tính ấm, vào kinh can vị. Có tác dụng bổ huyết, hoá ứ, cầm máu, tiêu sưng, giảm đau.
- Chữa các chứng chảy máu do bị thương, bị ngã, bị đánh hay chảy máu nội khoa. Bổ cho phụ nữ mới đẻ, người suy nhược cơ thể. Dùng 4 - 8 g/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, vò lá bị đen tay.
- Vị ngọt, chua tính mát, vào kinh can thận. Tác dụng: bổ thận âm, chữa lỵ chảy máu, cầm máu, thanh nhiệt, tiêu viêm.
- Chữa can, thận suy yếu. Dùng 16 - 20 g/ngày sắc uống.

I. THUỐC GIẢM HO - HOÁ ĐỜM

37. Hạnh nhân

Hạnh nhân là nhân của quả mơ (Armeniaca Vulgaris lam K). Họ hoa hồng (Rosaceae).

- Cây nhỡ, cao 4 - 5m. 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, ngọt, tính ấm, ít độc, vào kinh phế, đại trưởng. Có tác dụng giảm ho, đỡ khó thở.
- Chữa ho do ngoại cảm. đau họng, hen suyễn, viêm phế quản. Dùng 8 - 12 g/ngày sắc uống.

38. Tô tử (hạt tía tô)

Hạt 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.

s://myhanoi.com.vn/

- Chữa khó thở, ho, đờm nghịch lên, hen suyễn. Liều dùng 6 - 12 g/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 tẩm 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 (gleditschia 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 (bỏ 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 1 g/ngày sắc uống.

(Hạt và gai: vị cay, tính ôn không độc. Có tác dụng bài mủ chữa mụn nhọt dùng4 - 8 g/ngày sắc uống).

K. THUỐC AN THẦN TRẤN KINH

41. Táo nhân (toan táo nhân, nhân hạt táo)

Nhân hạt của cây táo (Zizyphus jujuba Lamk)

Họ táo (Rhamnaceae).

s://myhanoi.com.vn/

- Nhặt hạt, rửa sạch, phơi khô, xay vỡ vỏ, sàng lấy nhân phơi hay sấy thật khô, sao đem dùng.
- Vị bùi béo, hơi chua, tính bình, vào kinh can, đởm, tỳ. Có tác dụng bổ tâm, ích can, đởm. 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 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 họp 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. 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 - 16 g/ngày, sắc uống.

43. Giun đất (địa long)

Toàn bộ con giun đất, bỏ đất ở ruột sấy khô (Pheletimasp)

Họ cự dẫn (Megascolecidae)

- 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.
- Chữa các bệnh nhiệt, co giật, liệt nửa người, đái khó, dùng 6 - 12 g/ngày uống (2 - 4g dạng thuốc bột).

s://myhanoi.com.vn/

L. THUỐC BỔ

BỔ KHÍ

44. Phòng đảng sâm

Rễ củ của cây đảng 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 đảng sâm thiên về bổ trung), liều dùng 6 - 12 g/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 thuỳ 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 thuỷ chỉ hàn.
- Chữa tỳ hư, ỉa chảy, phù thũng, tự ra mồ hôi, có thai đau bụng, nôn nghén. Liều dùng 4 - 12 g/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 0,5m - 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

s://myhanoi.com.vn/

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 thận.
- Chữa tiêu hoá kém, ỉa chảy kéo dài, di tinh, tiêu khát.

Liều dùng: 12 - 24 g/ngày.

Các thuốc có tác dụng bổ khí khác: bố chính sâm. củ sả, 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 - 16 g/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 ngươi 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 ngấn đứt, không tốt bằng đuôi cũ). Đôi khi gặp tắc kè già hai mắt không lõm,

s://myhanoi.com.vn/

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 ra máu, bổ toàn thân. Liều dùng 4 - 8 g/ngày. Ngâm rượu lẫn với các vị thuốc khác.

49. Cẩu tích (lông cu li)

Thân rễ (củ) cây cẩu 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 - 12 g/ngày sắc uống.

THUỐC BỔ HUYẾT

50. Thục địa

- Chế từ sinh địa (Rehmania glutinosa Libosch)

Họ hoa mõm chó (Scrophulariaceae)

- Vị ngọt tính hơi ấm, vào 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, ho khó thở. Liều dùng 8 - 12 g/ngày sắc uống.

51. Rau thai nhi (tử hà sa) (placenta hominis)

- Lấy rau thai nhi tốt (con so tốt nhất) mẹ khoẻ (chắc chắn không có giang mai, lậu, HIV). Bỏ màng sấy khô, tán bột.

s://myhanoi.com.vn/

Khi dùng phối hợp với thuốc khác. Hay cắt từng miếng như hạt lựu ngâm rượu tốt (hay mật ong).

- Vị ngọt, tính ấm, vào kinh can, thận. Có tác dụng đại bổ khí huyết.
- Chữa gầy còm suy nhược, hư lao, khó thở, di tinh.

Dạng bột 2 - 4 g/ngày. Phối hợp với các loại thuốc khác.

THUỐC BỔ ÂM

52. Qui 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, bổ âm, 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 - 10 g/ngày sắc uống phối hợp với các vị thuốc khác.

53. Mạch môn (mạch môn đông, tóc tiên)

- Rễ củ sấy khô của cây mạch môn (Ophiopogon japonicus Thunb).
- Họ hành tỏi (Haemodoraceae)
- Loại thảo. sống lâu năm. Cao 10 - 40cm, trồng làm cảnh. Rễ chùm phát triển thành củ mẩm. 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, hoá đờm nhiệt, chỉ ho máu.
- Chữa ho ra máu, bệnh sốt khô tân dịch. Dùng 6 - 20 g/ngày sắc uống.

s://myhanoi.com.vn/

M. THUỐC CỐ SÁP

54. Kim anh tử (quả kim anh)

Vỏ quả gần chín (bỏ hột, 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 - 12 g/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 (Anacadiaceae) 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. Hái 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, lòi dom do lỵ, mồ hôi nhiều, chảy máu.

Liều dùng 4 - 8 g/ngày sắc uống.

N. THUỐC TIÊU ĐẠO

56. Cốc nha

- 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. Dùng 12 - 16 g/ngày sắc uống.

s://myhanoi.com.vn/

57. Kê nội kim (màng trong của mề gà)

- Kê nội kim (corium Stomachichum Galli).
- Lớp màng màu vàng phủ mặt trong dạ dày gà, rửa sạch phơi khô.
- Vị ngọt. tính bình, vào kinh can, tỳ, vị. Có tác dụng tiêu thuỷ 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.
- Tẩy giun đũa 10 - 20 g/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 (binh lang - tân lang)

Hạt phơi khô của cây cau (Areca cateehu L). Họ dừa (Palmaceae).

Có 2 loại cau: cau nhà và cau rừng đều dùng hạt làm thuốc.

- Vị đắng chát, tính ấm, vào kinh vị đại trường. Có tác dụng sát trùng, tiêu tích ứ, giáng khí hành thuỷ.
- Chữa trùng tích, sán sơ mít, lỵ, thực tích, ỉa chảy, phù thũng, sốt rét. Liều dùng 6 - 12 g/ngày. Chữa sán sơ mít 50g sắc uống 1 lần.

s://myhanoi.com.vn/

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

- Vị cay, tính ấm, có độc. Vào kinh can, vị. Có tác dụng sát trùng trừ đờm.
- Chữa ngứa, rắn độc cắn đờm ẩm. (Uống 0,5g/ngày chữa rắn cắn).

61. Bằng sa (hàn the)

Bằng sa Brat 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 mồm 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 táo thấp, sát trùng, giải độc, cầm máu.
- Chữa ngứa, chống nhiễm trùng (phi lên dùng), chữa co giật (0,5 - 1 g/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 1 số lá cây khác (lá đào, lá sim, lá ổi...) nấu nước đặc.
- Vị đắng, tính hơi mát, có tác dụng sát trùng rửa vết thương, thông tiểu, nhuận tràng.
- Chữa thuỷ thũng, đại tiện không thông, đinh độc. Dùng vỏ rễ 10 - 12 g/ngày

s://myhanoi.com.vn/

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. Nhấm có vị tê tê ở lưỡi. Thường dùng lá tươi.
- Tác dụng: chữa vết thương phần mềm.

65. Lá sắn thuyền

Lá của cây sắn thuyền (Syzygiun setiuosuni Gaynep Merr et Perty). 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.

s://myhanoi.com.vn/

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 uống có tác dụng toàn thân.

Cỏ nhọ nồi	20g
Lá trắc bá	20g
Lá ngải cứu	20g

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 trầu 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 bếp) 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 - 4cm 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.

s://myhanoi.com.vn/

- Lá gai làm bánh 4 phần, bỏ sống lá. giã thật nhỏ, với vôi 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 1 trong các bài:.

Lá trầu không tươi	40g
Phèn phi	8g
Nước sôi để nguội	1lít

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 lít 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 sòi, 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)
Bồ công anh	20g
Sài đất	20g
Thổ phục linh	20g (hoặc vỏ gạo 20g)
Cam thảo đất	20g

Sắc đặc uống ngày 1 thang (có thể chế dưới dạng chè, viên tròn cốm... để tiện sử dụng).

s://myhanoi.com.vn/

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 bòng 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, giá 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
Tỏi tươi	300g
Lá trầu không tươi	300g
Lá ớt tươi	300g

Cách chế: hành tỏi bỏ vỏ, lá trầu không, lá ớt 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.

s://myhanoi.com.vn/

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.

a.	Cú ráy dại	50g
	Nghệ già	300g
	Lá trầu không	50g
	Dầu lạc (hoặc dầu vừng)	1lít.

Củ ráy dại, nghệ vàng cạo vỏ thái mỏng cùng với lá trầu không cho vào dầu 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.

Bôi cao lên vết bỏng sau khi đã rửa sạch và cắt lọc. Để tự khô, không băng.

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

Bôi 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.

s://myhanoi.com.vn/

Lấy hạt dành dành (rang cháy đen, tán mịn) 15g, cho vào túi ngâm với dầu gấc, cùng đun nóng khoảng 60°C trong 2 giờ. Lấy túi dành dành ra lọc.

Nếu muốn dùng dưới dạng mỡ, thêm vadơlin 800g đánh đều. Bôi dầu gấc hoặc mỡ dầu gấc lên vết bỏng sau khi đã rửa sạch và cắt lọc.

e. Mỡ trầu không l%

Trầu không đồ lên, phơi khô tán nhỏ.

Cứ 1kg trầu không dùng 4 lít nước ngâm nhỏ giọt rồi cô thành cao, 50kg trầu không được 1 kg cao trầu không.

Cao trầu không	1g
Vadơlin	100g

Dùng gạc mỡ trầu không đắp lên vết bỏng sau khi đã rửa sạch và cắt lọc. Băng lại

5. Bong gân, chạm thương.

Trước tiên phi loại trừ các tổn thương gãy xương, sai khớp.

Thuốc bóp:

a.	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, tẩm bông gạc xoa vào chỗ sưng đau để thông huyết ứ, giảm đau.

b.	Quế chi	0,5kg
	Độc hoạt	0,1kg
	Huyết giác	0,1kg

Tất cả tán nhỏ, ngâm trong 500ml rượu trắng, tẩm bông gạc, xoa vào chỗ sưng đau.

Thuốc đắp (nếu sưng đau nhiều).

a.	Lá si	50g
	Lá ngải cứu	50g
	Lá cúc tần	50g (hoặc chỉ lá ngải cứu 50g).

s://myhanoi.com.vn/

Giã nhỏ cho tý dấm vào, đun lên để nguội và băng vào chỗ sưng đau, ngày thay băng 1 lần.

b. 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 1 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) Buộc cố định nẹp bằng dây vải hoặc bằng lạt giang.

Thuốc bó bên trong nẹp, dùng một trong các bài dưới đây:

a. Kinh nghiệm của Viện Y học cổ truyền Việt Nam

Bột cúc tần khô 8 phần
Sáp ong 2 phần
Bột ngải cứu khô 4 phần
Dầu thầu dầu 20 phần
Bột quế chi 1,6 phần
Bột đại hồi 0,8 phần

Nấu thầu dầu với sáp ong, đánh tan rồi đổ bót vào quấy đều. Đặt lên gạc đắp quanh ổ gãy.

b. Bạch cập 8g
Dây đau xương 12g

s://myhanoi.com.vn/

Huyết giác	20g
Thiên niên kiện	8g
Đại hồi	4g
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 Hoá.

c.

Lá tầm 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.

a.

Phòng phong	8g
Tục đoạn	12g
Sa nhân	8g
Huyết giác	12g
Độc hoạt	8g
Đại hoàng	8g
Xuyên quy	4g
Thiên niên kiện	5g
Rượu	1000ml

Ngày uống một chén con trước khi đi ngủ.

b.

Lá móng tay	12g
Ngải cứu	12g
Huyết giác	12g

s://myhanoi.com.vn/

Tô mộc	12g
Nghệ	8g

Sắc uống hàng ngày, uống 2 tuần đến khi hết phù nề. (Kinh nghiệm Viện Y học cổ truyền Việt Nam)

7. Rắn độc cắn.

Khi bị rắn cắn cần làm các việc sau đây:

- Ngăn không cho nọc lan tỏa: 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 rắn 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: gạc nai (cưa 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 lào: bổ 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 nghể răm.
- Lá sòi.
- 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.

s://myhanoi.com.vn/

- 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 rắn cắn.

Lá mỏ quạ tươi, bỏ cọng giã đắp trực tiếp.

Lá ớt chỉ thiên giã vắt lấy nước, hoà với mật lợn đun sôi để nguội, tẩm gạc đắp chỗ loét, thay băng ngày 1 lần.

Cần theo dõi tỷ mỉ. 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 cũng cần phải buộc garô và trích nặn máu ra như rắn cắn, đồng thời có thể lấy tỏi giã đắp vào hoặc vôi ăn trầu bôi vào hoặc ốc sên nhỏ giã 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 vài 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 chổng mông 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.

s://myhanoi.com.vn/

c. Đắp thuốc ở huyệt bách hội: lấy 5 hạt thầu dầu tía, giã sống đắp vào huyệt 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 huyệt, nói chung vê kim 120 - 180°, 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 vê kim hoặc điện châm liên tục, ngừng phẫu thuật mới thôi.

b. Những điều 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 l/2 đến 1 ống 0,10g. Nếu mổ vào nội tạng, để giảm tiết dịch có thể dùng atropin l/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. Huyệt châm tê trong một số phẫu thuật hay làm

Bộ phận	Tên phẫu thuật	Công thức huyệt	Ghi chú
Mắt	Mổ quặm	Hợp cốc 2 bên Dương bạch 2 bên	Mỗi huyệt dương bạch nối với 1 cực điện, khi mổ bên mắt nào ngừng kích thích huyệt bên đó để không có hiện tượng rung cơ nơi mổ.

s://myhanoi.com.vn/

	Mổ lác	Hợp cốc, nội quan (2 bên) dương bạch xuyên ngư yêu, tứ bạch xuyên thừa khấp (bên mổ)	Mỗi huyệt dương bạch và tứ bạch nối vào cực điện. Khi mổ mắt bên nào ngừng kích thích huyệt bên mắt đó
Hầu họng	Cắt amidan	Hợp cốc (hoặc thủ tam lý) nội quan, liêm tuyền.	
Cổ	Cắt bướu cổ Soi dạ dày Soi thực quản	Hợp cốc, nội quan (2 bên), phù đột (2 bên). Hợp cốc, nội quan (1 bên hoặc 2 bên).	
Bụng	Cắt dạ dày	Túc tam lý, thượng cự hư (1 bên), thiên khu (2 bên)	
	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.

s://myhanoi.com.vn/

10. Giải quyết rối loạn thông thường sau mổ bằng châm cứu

a. Nấc: nội quan, trung quản, thái xung, hợp cốc, khí xá

b. Ho (do đặt nội khí quản): nội quan, thiên đột, đản trung.

c. Bí tiểu tiện: trung cực, khúc cốt, tâm âm giao.

d. Bí trung tiện: túc tam lý, trung quản, thiên khu, hợp cốc.

đ. Trướng bụng: túc tam lý, thiên khu, trung quản, khí hải.

e. Mất ngủ: bách hội, nội quan, túc tam lý, tình minh.

g. Sốt vừa hoặc sốt cao: hợp cốc, khúc trì, đại chuỳ, thiếu thương

h. Mạch không đều, hoặc huyết áp tụt: nội quan, điểm tuyến thượng thận ở loa tai.

i. Châm giảm đau sau mổ

- Mổ cổ ngực: nội quan, hợp cốc.
- Mổ mật gan: thái xung, dương lăng tuyền
- Mổ dạ dày ruột: túc tam lý, thượng cự hư.
- Mổ xương:
  + Chi trên: hợp cốc, 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.

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 huyệt hội âm, tố liêu, nội quan, dũng tuyền, thái uyên, hậu khê, túc tam lý (quan trọng nhất là hội âm rồi lần lượt các huyệt sau). Bệnh nhân ngừng thở phải làm hô hấp nhân tạo liên tục 2 - 4 giờ.

s://myhanoi.com.vn/

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 1 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.
- Gừng tươi 1 củ, gọt sạch vỏ, giã nát, thêm đường cho nước sôi vào, chắt ra để ấm uống.

– Lá tía tô	15g
Kinh giới	10g
Hương nhu	10g
Vỏ quýt	10g
Cúc tần	10g
Gừng tươi	3 lát

(hoặc tô tử, vỏ quýt 12g, cam thảo dây 12g, củ gấu 12g. Hành tăm 8g, gừng 8g).

Đun sôi 15 phút.

Nếu đầy bụng nôn oẹ thêm hậu phác, hoắc hương, bán hạ, mỗi thứ 10g (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 1 trong các bài thuốc sau:

Cỏ chỉ thiên	20g
Lá cối xay	20g

s://myhanoi.com.vn/

Cam thảo đất	10g
Bạc hà	10g
Gừng tươi	3 lát

Đun sôi 15 phút

Kim ngân	16g
Kinh giới	8g
Lá tre	16g
Cam thảo đất	12g
Bạc hà	8g
Đun sôi	15 phút

Châm cứu: đại chuỳ, 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 vê kích thích mạnh, rồi rút kim ngay.
- Thể phong hàn có thể châm rồi cứu các huyệt đại chuỳ, 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).

2. Cảm nắng

Đưa ngay bệnh nhân vào chỗ râm mát, nới lỏng quần áo và quạt nhẹ.

Phép chữa: giải thử thanh nhiệt.

Nếu cấp cứu: châm cứu bách hội, nhân trung, trung xung, đại chuỳ, uỷ 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 1 trong các bài thuốc sau:
- Rau má tươi 12g, lá tre 12g, lá hương nhu 16g, củ sắn dây 12g sắc uống.

s://myhanoi.com.vn/

- Lá hương nhu 20g, biển đậu 20g, quả dành dành 12g, hậu phác 20g, rau má 20g - sắc uống.
- Hoạt thạch 36g, cam thảo 6g. Tán mịn mỗi lần uống 4g, 3 giờ 1 lần.

Phòng cảm nắng: (nấu cho tập thể khi lao động ngoài trời nắng).

Lá tre	100g
Sắn dây	25g
Mạch môn	25g
Cam thảo đất	100g
Thổ phục linh	100g
Hương nhu	100g
Sâm đại hành	50g
Bạch chỉ	25g
Sinh địa	25g

Nấu trong 20 lít nước sôi, thay nước uống.

3. Viêm họng đỏ và viêm amiđan 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 trì, thiên đột (nếu viêm họng), giáp xa (nếu viêm amiđan). Vê kim kích thích mạnh 5 phút, rồi lưu kim 20-30 phút. Có thể châm nặn máu thiếu thương.

Thuốc: dùng 1 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. Ngậm, nhấm nuốt nước dần trong 1 phút nhổ ra. Chỉ ngậm 1 lần.

s://myhanoi.com.vn/

- 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 ngậm nuốt dần.

Viêm họng hạt mạn tính: do âm hư phế táo (có khi kiêm phong kiêm nhiệt). Phép chữa là tư âm dưỡng phế.

Sinh địa	20g
Huyền sâm	10g
Mạch môn	8g
Bách bộ	8g
Vỏ rễ dâu	8g
Bố chính sâm	12g
Cam thảo dây	8g
Thổ phục linh	8g
Lá chanh	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 và xoa vùng ngực.

4. Hen phế quản

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: tuyên phế hoá đờm.

Châm cứu (có biểu hiện chứng hàn thì cứu sau khi châm) suyễn tức, định suyễn, chiên 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 chuỳ, khúc trì.

Thuốc: Có thể dùng 1 trong các bài thuốc sau:

- Hút thuốc lá bằng hoa cà độc dược khô thái nhỏ, hút độ bằng nửa điếu thuốc lá.

s://myhanoi.com.vn/

- 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 tuỳ tuổi.

- Đậu xanh sao 2kg
  Đinh hương sấy khô 0,8kg
  Hùng hoàng 0,6kg
  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
  Mạch môn 20g
  Bạc hà 8g
  Rễ lau 16g
  Cao thảo dây 12g. Sắc uống
- Lá hen 2kg
  Đường kính 1,6kg

Lá hen rửa hết lông, tẩm nước gừng sao vàng hạ thổ, nấu với 10 lít nước, lấy 5 lít, lọc bỏ bã, cho đường cô lấy 1 lít. Người lớn 10ml/1 lần, ngày 2 lần uống. Trẻ em 2-5 tuổi uống 1-3ml/ 1lần, 6-10 tuổi 4ml/ 1lần.

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 bố chính 16g
Hoài sơn 12g
Thổ phục linh 12g
Cam thảo đất 16g

s://myhanoi.com.vn/

Củ sả	12g (hay bạch truật 8g).
Vỏ quýt	6g
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 bố chính	16g
Tơ hồng vàng	16g
Hoài sơn	12g
Bán hạ	4g
Vỏ quýt	4g
Quế chi	8g
Hạt tía tô	6g
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 sác. Đó là thận âm hư. Phép chữa: bổ thận âm.

Thục địa	12g
Tơ hồng xanh	30g
Tơ hồng vàng	20g
Hoài sơn	12g
Lá táo	20g
Thổ phục linh	20g

Nếu chân tay lạnh, sợ lạnh, lưỡi nhạt, rêu trắng dầy, mạch trầm tế vô lực, đỏ lá 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 kết hợp với tự xoa bóp.

s://myhanoi.com.vn/

5. Hội chứng dạ dày

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 sác.

Phép chữa:

- Sơ can hòa vị (do khí trệ, ợ hơi nhiều, bụng đầy, bụng trướng).

Sài hồ	12g
Rau má	12g
Hương phụ	6g
Thanh bì	8g
Chỉ xác	6g
Trần bì	6g

Sắc uống, chia 3 lần (sáng, trưa, chiều trước bữa ăn).

- Thanh hỏa (do can uất: rêu rêu có khi vãng, ợ chua nhiều).

Thanh bì	12g
Rau má	16g
Chỉ xác	12g
Hương phụ	12g
Bồ công anh	12g
Lá khôi	16g
Khổ sâm	12g
Ngải cứu	8g

Hoặc

Rau má	20g
Rau muống	20g
Rau sam	16g
Cỏ hàn the	16g
Cỏ nhọ nồi	20g

Đều sắc uống chia 3 lần trong ngày.

s://myhanoi.com.vn/

– Hành khí hoạt huyết (do huyết ứ: cơn đau dữ dội, có khi ỉa phân đen).

Hương phụ	12g
Ô dược	12g
Uất kim	6g
Bồ công anh	12g
Ngải cứu	12g
Tô mộc	12g
Hồng hoa	12g

Sắc uống.

Ợ chua nhiều gia mai mực 20g. Có thể uống cao dạ cẩm.

b. Chứng hư (tỳ vị hư hàn): đau âm ỉ, thích chườm nóng, thích đè ấn, 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 bố chính (sao gừng)	16g
Hoài sơn	12g
Sa nhân	6g
Vỏ dụt	8g
Củ sả	8g
Vỏ quýt	6g
Can khương	4g

Sắc uống, nếu ợ chua thêm mai mực 20g.

Có thể uống thêm viên nghệ mật ong.

Cả 2 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: vê mạnh, bệnh nhân có cảm giác chạy vào trong dạ dày. Thái xung: vê mạnh, 5 phút vê 1 lần, lưu kim 30 phút.

– *Khi không có cơn đau:*

Trung quản, nội quản, túc tam lý, thái xung.

s://myhanoi.com.vn/

Ăn uống, sinh hoạt: ăn phải nhai kỹ, tránh chất kích thích gia vị quá nhiều và các thức ăn dễ gây đau. Sinh hoạt điều độ vui vẻ.

6. Thương thực

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 sả 12g
  Vỏ quýt 16g
  Sơn tra (sao cháy) 12g. 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 dụt sao 16g. Sắc uống

Nếu ỉa chảy thêm củ riềng 8g, búp ổi 12g sắc uống.

7. Ỉa chảy cấp

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

s://myhanoi.com.vn/

- Nụ sim (hoặc búp ổi) sao vàng 100g
  Vỏ dụt (sao) 50g
  Củ riềng (sao) 50g

Tán nhỏ rây mịn. Người lớn 6-8g/l lần với nước sôi để nguội.

Cứu: túc 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
  Vỏ quýt sao 6g
  Gừng tươi 8g
  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: túc 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 sác. 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
  Củ sắn dây 30g
  Rau má 20g
  Cam thảo dây 12g. Sắc uống

s://myhanoi.com.vn/

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)

Thể cấp tính do thấp nhiệt. Phép chữa: thanh nhiệt, trừ thấp, giải độc.

Thuốc:

- Cỏ nhọ nồi tươi 150g
  Lá mua tươi 80g (hoặc rau sam tươi 80g)
  Lá đại thanh 30g (hoặc lá phượng vĩ 30g)
  Bách bộ 12g
  Vỏ đại 4g
  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
  Rau sam 10g
  Cỏ sữa nhỏ lá 10g

s://myhanoi.com.vn/

Búp ổi	10g
Lá nhót	10g

Tán riêng từng loại thành bột mịn, trộn đều. Uống ngày 2-3 lần, mỗi lần 15g.

- Vỏ mức hoa trắng cạo sạch vỏ 15g tán mịn. Ngày uống 3 lần, mỗi lần 5g (chứa lỵ amíp tốt).
- Châm cứu: túc tam lý, thiên khu. thượng cự hư, 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).

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
Cỏ nhọ nồi	12g
Sinh địa	12g
Rễ cỏ tranh	12g
Hoè hoa	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: bội sinh địa	20g
Gia vỏ đại	8g
Nôn mửa: gia gừng tươi	8g
Hoắc hương	8g

s://myhanoi.com.vn/

Tình trạng trụy 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: huyệt túc tam lý, khúc trì, hợp cốc, đại chuỳ, nội quan, bách hội.

Khi có triệu chứng trụy tim mạch: châm nhân trung, nội quan (vê kim nhẹ). Thuốc uống (sắc): đảng sâm (hoặc tu hồng sâm) 12g, ngũ vị tử 12g, mạch môn 12g, cam thảo 8g.

10. Viêm gan virus

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 chít 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
  Nghệ vàng 30g
  Cam thảo đất 20g
- Rau má tươi 30g
  Vỏ dụt 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 truyền, kỳ môn, chi câu.

b. Thể mạn tính (âm hoàng)

Phép chữa: ôn hoá hàn thấp:

s://myhanoi.com.vn/

Bài thuốc

Nhân trần	30g
Cam thảo	12g
Ý dĩ	20g
Gừng khô	8g
Quế tốt	4g
Củ sả	10g. Sắc uống

11 Giun chui ống mật

Triệu chứng chính: đau quặn bụng, chống mông lăn lộn từng cơn, điểm mũi ức 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 nhì (vôi tôi để ăn trầu pha 100g/1 lít nước) uống 1 lần 500ml.
- Có thể nhai sống nuốt nước hoặc sắc uống hạt xuyên tiêu (cây súng, 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 huyệt cưu vĩ, nội quan, hợp cốc.

s://myhanoi.com.vn/

b. Tẩy giun kim: lá lộc ớt tươi 40g (còn gọi đơn ớt, đơn ăn gỏi) 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 600ml 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 (magie sunfat 30g).

Rễ lựu	50g
Hạt bí ngô	50g - 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 ngồi 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 thuỷ. Phép chữa: khu phong hành thuỷ.

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

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. Môi ngày 1 thang đến khi bệnh khỏi.

– Lá tía tô	20g
Cam thảo đất	12g

s://myhanoi.com.vn/

Lá tre	8g
Hành ăn	12g
Lá chanh	10g
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

Do thấp nhiệt tại bàng quang.

Phép chữa: thanh nhiệt lợi thấp.

Thuốc:

Sài đất	30g
Bồ công anh	20g
Ké đầu ngựa	15g
Thổ phục linh	10g
Tỳ giải	10g
Cối xay	15g
Mã đề	15g

Sắc uống ngày 1 thang, trong 3-5 ngày.

- Mã đề tươi 200g sắc uống thay nước trong ngày.

- Rễ cỏ tranh	30g
Râu ngô	20g
Cỏ nhọ nồi	100g

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 vê kim 1 lần.

15. Thấp khớp (phong thấp)

Để tiện cho việc điều trị có thể chia 2 loại: loại nhẹ (không có tiêu chuẩn chẩn đoán) và loại có sưng khớp nhiều, có hạn chế vận động. Đều thuộc phạm trù chứng "tý".

s://myhanoi.com.vn/

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 lốt với lạc ăn trong 7 ngày.

- Cà gai leo 12g
  Lá lốt 12g
  Mắt thông 16g
  Ngưu tất 16g
  Ngải cứu 12g

Sắc uống ngày 1 thang lúc còn hơi nóng và lúc đói. Phụ nữ có mang không dùng.

b. Loại có sưng khớp, hạn chế vận động vì đau.

Thuốc:

Hy thiêm	20g
Mã đề	20g
Rễ cỏ xước	40g
Thổ phục linh	20g
Thuỷ xương bồ	10g
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, ủ 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

s://myhanoi.com.vn/

tán hàn là phụ. Bài thuốc trên gia củ dứa dại 20g, ý dĩ 40g, tỳ giải 20g.

- Nếu sưng nóng đỏ đau nhiều khớp, sốt, miệng khô rêu lưỡi vàng dầy, 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 dại 20g, hạ khô thảo 20g.

Châm cứu:

- Đau chi trên: Các huyệt dương trì, dương cốc, dương khê, thêm 1 số huyệt sau tuỳ theo vị trí đau.
  + Ở vai thêm kiên ngung.
  + Ở khuỷu thêm khúc trì, xích trạch.
  + Ở cổ tay, bàn tay thêm ngoại quan, hợp cốc, a thị.
- Đau chi dưới: côn lôn, giải khê, dương phụ, và thêm một số huyệt sau tuỳ vị trí đau.
  + Ở mông thêm hoàn khiêu, 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 chuỳ, khúc trì (châm vê kim mạnh).

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 tuỳ 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.

s://myhanoi.com.vn/

16. Đau dây thần kinh hông

Thuộc phạm trù chứng tý. Phép chữa khu phong, trừ thấp, hoạt huyết, giảm đau.

Thuốc:

Lá lốt	16g
Thiên niên kiện	12g
Củ ráy (sao)	12g
Tô mộc	12g
Cẩu tích	16g
Đỗ trọng	16g
Ngải cứu	8g
Lá thông	12g
Ngưu tất	12g
Ý dĩ sao vàng	20g

Sắc uống lúc đói.

Châm cứu: hoàn khiêu, phong thị. uỷ trung, thừa sơn, côn lôn, dương lăng tuyền.

- Mới mắc bệnh: thì châm không cứu.
- Bệnh lâu: châm rồi cứu.

17. Vẹo cổ do tư thế

Châm cứu: các huyệt phong trì, đại chuỳ, đốc du hoặc kiên tỉnh, huyền chung (tức tuyệt 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)

Phép chữa: khu phong tán hàn, thông kinh lạc.

Châm cứu: địa thương, giáp xa, ế phong, tình 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 huyệt địa phương, giáp xa.

19. Tai biến mạch máu não

a. Hôn mê nông (chứng bế).

Phép chữa: khai khiếu tỉnh thần.

s://myhanoi.com.vn/

Châm cứu: nhân trung (vê thật mạnh).

Thập tuyên: chích lần lượt từng huyệt một.

Thuốc:

Bồ kết (bỏ hột, 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.

Cứu: 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: 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 thỏ, tất nhãn, túc tam lý, giải khê, bát phong.

Thuốc:

- 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 hộc	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 tắc mạch não dùng hoàng kỳ 12g, thược dược 12g, quế chi 12g, sinh khương 24g, táo (táo

s://myhanoi.com.vn/

tầu 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 lành tự xoa bóp và day những huyệt châm cứu ở trên (bên liệt).

– Tập vận động: tập đi lại, tay lành giúp tay liệt vận động.

20. Tăng huyết áp

Thuốc:

Mạch môn	16g
Sinh địa	16g
Dành dành	12g
Hạ khô thảo	12g
Mộc thông	8g
Xa tiền tử	12g
Cúc hoa	10g
Thảo quyết minh	12g
Xương bồ	8g
Lá vông	16g. 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

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).

Gõ kim mai hoa, gõ huyệt trung cực và bàng quang du 50 - 100cái/lần.

Thuốc:

Kê nội kim	30g
Quế thông	10g

Tán bột mỗi ngày 5g, chiêu với nước ấm.

s://myhanoi.com.vn/

Củ mài sao	40g
Ích trí nhân (tẩm muối sao)	30g
Ô dược	30g

Tán mịn, mỗi lần uống 12g

22. Mất ngủ

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 sác.

Phép chữa: kiện tỳ dưỡng tâm, bổ khí huyết.

Thuốc:

Bạch truật	8g (hay củ sả 8g)
Hoài sơn	12g
Đảng sâm	12g
Thổ phục linh	12g
Lá dâu non	12g
Hà thủ ô	12g
Táo nhân (sao đen)	8g
Long nhãn	12g
Lá vông	12g

Hai ngày sắc uống 1 thang, uống từ 7 - 10 thang.

Bá tử nhân (sao)	20g
Hoài sơn (sao)	40g
Hạt sen (sao)	40g
Long nhãn	20g
Lá dâu non	20g
Lá vông	20g
Táo nhân (sao đen)	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.

s://myhanoi.com.vn/

b. Âm hư hoả vượng: (thận âm hư, nên hư hỏa 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 hỏa.

Thuốc:

Vừng đen	12g
Thục địa	8g
Mạch môn	12g
Vỏ núc nác	12g
Lá dâu non	12g
Lá vông	12g
Dây lạc tiên	12g

Hai ngày sắc uống 1 thang, uống 7 - 10 thang.

Châm cứu: bách hội, tình minh, nội quan, tam âm giao.

23. Di 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 hỏa.

Thuốc:

Đậu đen	20g
Hạt hoè	16g
Tâm sen	8g
Hạt sen	16g
Quả dành dành (sao)	12g
Thục địa	20g
Khiếm thực	16g
Kim anh tử	12g

Sắc uống ngày 1 thang.

Châm cứu: nội quan, thái xung, tam âm giao, quan nguyên.

s://myhanoi.com.vn/

b. Hoạt 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.

c. 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.

Châm cứu: thận du, mạch môn, tam âm giao, quan nguyên.

24. Mụn nhọt, mẩn ngứa, nổi mề đay, chàm

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, đề phòng bệnh có thể dùng nước sắc dây kim ngân hoặc hãm hoa kim ngân uống hàng ngày thay nước.

Châm cứu:

- Chữa mẩn tịt, phát ban ngứa: khúc trì, huyết hải, phong thị.
- Chữa lở ngứa: khúc trì, đại lăng, kiên ngung, túc tam lý, uỷ trung, huyết hải châm lưu kim 15 - 20 phút, kích thích mạnh.
- *Trường hợp ngứa, chảy nước ngoài da:* có thể dùng lá sòi (hay lá dâm bụt), đun nước tắm hoặc: hạt máu chó, rang giòn tán bột mịn, hoà với dầu vừng để bôi. Trước khi bôi thuốc rửa kỹ và thấm ráo nước.

III. ÁP DỤNG TRONG PHỤ KHOA

1. Kinh nguyệt không đều

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.

s://myhanoi.com.vn/

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 (thán khương)	12g

Sắc uống mỗi ngày 1 thang.

Cứu huyệt: khí hải, quan nguyên, tam âm giao, túc tam lý (cứu ôn hòa).

s://myhanoi.com.vn/

- Do khí huyết hư: kinh rối loạn, tháng trước kỳ, tháng sau kỳ, tháng có, tháng không, da xanh, người mỏi mệt ,mắt hoa, kém ăn, mất ngủ.

Củ gấu (tứ chế)	16g
Cỏ nhọ nồi (sao vàng)	20g
Củ gai	12g
Bố chính sâm hoặc đảng sâm	16g
Ích mẫu	16g
Ngải cứu (sao)	16g
Thục địa	20g

Sắc uống mỗi ngày 1 thang. Châm huyệt túc tam lý, tam âm giao, quan nguyên, khí hải.

- Do huyết ứ: hàng tháng kinh thấy chậm lại, sau kỳ, lượng huyết ít, màu thẫm hoặc đen, có khi có hòn cục, bụng đau tức, ấn vào càng đau, đại tiện thường táo.

Củ gấu (tứ chế)	16g
Lá mần tưới (trạch lan)	12g
Ngưu tất	12g
Chỉ xác	12g
Ích mẫu	16g
Nghệ xanh	16g
Tô mộc	12g

Sắc uống mỗi ngày 1 thang.

Châm huyệt: trung cực, trung đô, huyết hải.

2. Kinh đau (thống kinh)

Trước hoặc trong khi hành kinh dau quặn bụng dưới.

a. Chứng thực: trước khi hành kinh đau quặn 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, qui lai, châm trước hành kinh 1 tuần, cách ngày châm 1 lần, châm kích thích mạnh.

s://myhanoi.com.vn/

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 nhợt, chất lưỡi 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

a. Bạch đới: khí hư màu trắng, loãng khi ra nhiều lưng đau mỏi, thường do khí huyết hư.

Châm cứu: tam âm giao, khí hải, quan nguyên, túc tam lý, hành gian. Kích thích nhẹ. Mỗi lần châm 3 huyệt, lưu kim 15 phút.

Thuốc: có thể dùng bài thuốc chữa kinh nguyệt không đều do khí huyết hư (ở phần trên).

b. Xích hoàng đới: khí hư có màu đỏ (lẫn máu) vàng đặc, có mùi tanh, bụng dưới thường đau, đái 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, liền trong 6 ngày.

Châm cứu: châm tả hành gian, âm lăng tuyền, châm kích thích trung bình các huyệt tam âm giao, túc tam lý, khí hải.

s://myhanoi.com.vn/

4. Nôn trong khi có thai

Thuốc:

Bố chính sâm (tẩm nước gừng sao)	16g
Thổ phục linh (sao)	12g
Vỏ quýt (sao thơm)	12g
Củ sả (sao)	10g
Gừng sống	8g
Tinh tre	10g

- 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, băng 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.

6. Thúc đẻ

Châm có thể tăng cường co bóp tử cung làm cổ tử cung mở nhanh hơn. Các huyệt 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 2 nguyên nhân:

s://myhanoi.com.vn/

a. Khí huyết kém: cơ thể suy nhược, vú không 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 tật	100g (không có cũng được).

Hầm cho thật nhừ ăn hết.

Châm cứu: đản trung, nhũ căn, thiếu trạch, tỳ du, túc tam lý.

Cách châm cứu: đản trung, nhũ căn mũi kim châm hướng về phía vú, kích thích nhẹ. Đản trung châm xong có thể cứu, ôn châm.

b. Do can khí uất kết: cơ thể khoẻ, vú căng tức.

Châm: đản trung, nhũ căn, thiếu trạch, can du, thái xung kích thích mạnh.

8. Tắc tia sữa - đau vú

Châm cứu

Châm: kiên tỉnh, nhũ căn, 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:

- Lá chè vằng 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 làm mủ.

9. Rong kinh, rong huyết sau đặt dụng cụ tránh thai

Thuốc

Ích mẫu	16g
Tô mộc	8g

s://myhanoi.com.vn/

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

Phép chữa: kiện tỳ, tiêu tích

Thuốc

Viên cam cóc

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 đảng sâm	50g (hay bố chính sâm 50g)
Hoài sơn	100g
Ý dĩ	100g
Bạch truật	50g (hay củ sả 50g)

s://myhanoi.com.vn/

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 - 20 g (chia 3 lần).

Châm cứu: châm các huyệt túc tam lý, quan nguyên, thần trụ, tứ phùng. Cách châm tứ phùng: 2 ngày châm 1 lần, mỗi lần châm 1 tay, dùng kim chích nặn cho được nước vàng chảy ra.

2. Rối loạn tiêu hoá kéo dài

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 hoá 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

s://myhanoi.com.vn/

Thảo quyết minh	80g sao
Sử quân tử	80g

Chế dạng cốm. Trẻ 1 - 3 tuổi uống 6 - 8 g x 2 lần/ngày.

3. Tưa lưỡi

Lưỡi trẻ con có cấn trắng làm trẻ khó bú, khó ăn

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.

4. Ho gà

a. Thời kỳ bắt đầu

– Lá tre tươi	6g
Lá xương xông	10g
Lá chanh	3lá
Nghệ già nướng	3lá
Rau má	10g.

Sắc uống sau bữa ăn 1 giờ.

– Lá chanh, lá táo mỗi ngày 1 nắm, sắc uống.

b. Thời kỳ ho cơn

– Lá chanh	300g (6g)
Vỏ rễ dâu (tẩm mật ong)	1000g (12g)
Rau sam tươi	1000g (12g)
Rau má tươi	1000g (12g)
Lá tía tô	500g (8g)
Địa liền	300g (6g)

Đường kính vừa đủ

s://myhanoi.com.vn/

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
  Rau má 12g
  Lá hẹ 6g
  Lá xương xông 8g

Nếu ho ra máu chỉ dùng

Vỏ rễ dâu sao vàng 12g
Rau má 12g
Cỏ nhọ nồi 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 nồi 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

Vỏ rễ dâu 12 g(tẩm mật sao)
Cỏ nhọ nồi 12g
Rau má 12g
Chua me đất 12g

s://myhanoi.com.vn/

Sắc uống

Châm cứu: ngư tế, xích trạch, phong long, thiên đột.

Có sốt: thêm hợp cốc, hoặc khúc trì.

5. Sởi

a. Thời kỳ bắt đầu: chủ yếu làm nọc sởi xuất ra ngoài

Lá dấp cá	16g
Rau giệu	16g
Đậu cọc rào	12g
Cam thảo đất	12g

Sắc còn 150ml, uống 3 giờ 1 lần cho hết.

Lá nọc sởi	40g sắc uống
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 tầu	20g
Riềng	6g sắc uống

Nếu sởi chưa mọc dùng hạt mùi 6g giã với rượu xoa toàn thân để giúp cho sởi chóng mọc.

b. Thời kỳ sởi mọc

Vẫn dùng các bài thuốc trên. Nếu không đỡ, sốt nóng dữ dội, khát nước, sởi đỏ sẫm, phải giải độc thanh nhiệt.

Lá tre	12g
Mạch môn	12g
Sa nhân	12g
Kim ngân	16g
Sài đất	16g

s://myhanoi.com.vn/

Sắn dây	12g
Cảm thảo đất	16g

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: bồi dưỡng tân dịch

Sa sâm	12g
Củ mài sao vàng	6g
Cam thảo dây	8g
Củ sả	6g
Mạch môn	8g
Đậu đỏ (sao vàng)	12g
Lá đậu non	12g sắc uống

Châm cứu: để giải độc.

Đại chuỳ, khúc trì, hợp cốc, thiếu thương.

6. Thuỷ đậu

Là một chứng bệnh truyền nhiễm hay gặp, 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.

Nếu trẻ sốt cao lên, có thể là biến chứng sưng phổi, phải điều trị kịp thời.

Cách phòng biến chứng

Kim ngân dây	20g
Sài đất	30g

Sắc uống liền 3 - 4 ngày.

7. Hội chứng viêm não

Nên kết hợp y học dân tộc với y học hiện đại. Về y học dân tộc có thể dùng

a. Đang cơn bệnh

Thuốc

Kim ngân hoa	12g

s://myhanoi.com.vn/

Sinh địa	12g
Huyền sâm	12g
Thạch xương bồ	12g
Câu đằng	20g
Địa long (giun đất)	6g
Thạch cao sống	40g
Mạch môn	20g

Sắc đặc, ngày 1 thang, chia nhiều lần uống.

Châm cứu: châm các huyệt bạch hội, đại chuỳ, nhân trung, nội quan, khúc trì, hợp cốc, túc tâm lý, giải khê, thêm huyệt chữa các triệu chứng khác khi cần thiết.

b. Thời kỳ bệnh lui

Thuốc

Sâm bố 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 ngung, khúc trì, thủ tam lý, ngoại quan, hợp cốc, bát tà.
- Liệt chi dưới: hoàn khiêu, phong thị, côn lôn, dương lăng tuyền, thừa sơn, phục thỏ, túc tam lý, giải khê, bát phong, giáp tích.

8. Di chứng bại liệt

Châm cứu

a. Chi dưới liệt: các huyệt mệnh môn, dương quan, hoa đà giáp tích từ thắt lưng 1 đến thắt lưng 5 và hoàn khiêu, phục thỏ, túc tam lý, dương lăng tuyền, giải khê, bát phong.

s://myhanoi.com.vn/

b. Chi trên liệt: đại chuỳ, kiên ngung, khúc trì, thủ tam lý, hợp cốc, bát tà.

c. Cơ bụng liệt: trung quản, lương môn, thiên xu, khí hải, hợp cốc, bát tà. Châm càng sớm càng tốt, kết quả càng hay. Ở trẻ nhỏ, châm vê mạnh, rút kim ngay.

Hướng dẫn gia đình xoa bóp và tập cho bệnh nhi.

Thuốc

Khi còn sốt

Lá dâu (phơi trong râm)	20g
Thạch cao (nung)	20g
Mạch môn (sao)	16g
Vừng đen (sao)	16g
Bố chính sâm (sao gừng)	16g
Thiên môn (sao)	20g

Sắc uống

Khi hết sốt, liệt mềm teo cơ.

Yếm rùa (tẩm dấm nước 5 - 6 lần)	20g
Thục địa	20g
Rễ cỏ xước	16g
Vỏ núc nắc (tẩm rượu sao)	16g
Trần bì	12g
Rau má	20g

Sắc uống

s://myhanoi.com.vn/

MỤC LỤC

Trang

Phần

NGOẠI KHOA

Gây mê và gây tê 9
Gây tê tại chỗ 10
Gây tê trong xương 11
Gây tê bằng đường tĩnh mạch 11
Gây tê ngoài màng cứng 13
Gây tê tuỷ sống 17
Gây mê tĩnh mạch bằng thiopental 19
Gây mê mát hở với ether, cloroform, fluothan hoặc pentharan 21
Gây mê nội khí quản 23
Chấn thương sọ não 25
Chấn thương ngực 38
Thương tích mạch máu 45
Vết thương bụng 49
Chấn thương bụng 57
Viêm ruột thừa 59
Lồng ruột ở trẻ em còn bú 63
Giập niệu đạo 66
Bỏng 70
Hoại thư sinh hơi 74

s://myhanoi.com.vn/

Đụng giập chi 77
Tràn máu khớp 78
Bong gân 79
Gẫy cột sống 80
Gẫy chậu hông 83
Gẫy trên lồi cầu xương cánh tay 85
Gẫy hai xương cẳng tay 86
Gẫy đầu dưới xương quay kiểu pouteau - colles 87
Gẫy cổ xương đùi 89
Gẫy thân xương đùi 92
Gẫy hai xương cẳng chân 95
Gẫy xương mác 98
Nhiễm khuẩn bàn tay 98
Chín mé 101
Viêm tấy bàn tay 103
Thương tích bàn tay 104
Dẫn lưu màng phổi 107
Dẫn lưu bàng quang 110
Sốc 115
Hồi sức tim ngừng đập 119
Hồi sức hô hấp 122
Thở oxy 125
Đo áp lực tĩnh mạch trung ương 128
Truyền máu 130

Phần
SẢN PHỤ KHOA

Sản khoa

Ngôi chỏm 137

s://myhanoi.com.vn/

Ngôi trán 140
Ngôi mặt 141
Ngôi ngang (ngôi vai) 143
Ngôi ngược 144
Chửa nhiều thai 147
Thai già tháng 150
Thăm dò thai trong thời kỳ thai nghén 154
Thăm dò thai trong thời kỳ chuyển dạ 158
Thai nghén có nguy cơ cao 163
Nhiễm độc thai nghén sớm 167
Tiền sản giật và sản giật 169
Đa ối 172
Chửa ngoài tử cung 174
Thai chết trong tử cung 177
Chửa trứng 179
Đẻ non 181
Đẻ chỉ huy bằng truyền nhỏ giọt oxytocin vào tĩnh mạch 184
Rau bong non 185
Rau tiền đạo 187
Sa dây rau 190
Chảy máu trong thời kỳ sổ rau 191
Rách âm hộ âm đạo, cổ tử cung do đẻ 193
Nhiễm khuẩn hậu sản 196
Sẩy thai 199
Khung chậu hẹp 201
Doạ vỡ và vỡ tử cung 205
Suy thai 207
Trẻ sơ sinh tím tái 210
Sốc sản khoa 212
Suy tim và thai nghén 214

s://myhanoi.com.vn/

Phù phổi cấp trong thai nghén 216

Phụ khoa

Thăm dò trong phụ khoa 218
Kinh nguyệt đau 221
Xuất huyết trong phụ khoa 223
Sa sinh dục 225
Viêm âm hộ, âm đạo 227
Viêm tuyến Bartholin 229
Viêm phần phụ 230
U xơ cổ tử cung 233
Khối u buồng trứng 235
Ung thư âm hộ 238
Ung thư âm đạo 240
Ung thư cổ tử cung 241
Ung thư thân tử cung 243
Ung thư nguyên bào nuôi 244

Phần
CÁC BỆNH NHIỆT ĐỚI

Nhiễm khuẩn tụ cầu 249
Nhiễm khuẩn do liên cầu 271
Nhiễm khuẩn do phế cầu 283
Nhiễm khuẩn do màng não cầu 288
Nhiễm khuẩn huyết vi khuẩn gram âm 291
Thương hàn 301
Nhiễm độc nhiễm khuẩn thức ăn 308
Lỵ trực khuẩn 310
Bạch hầu 314

s://myhanoi.com.vn/

Ho gà 320
Uốn ván 324
Bệnh do leptospira 329
Viêm gan do virus 334
Bệnh bại liệt 347
Cúm 352
Quai bị 357
Dại 361

Phần
MẮT

Khám mắt 367
Đau nhức mắt 368
Chảy nước mắt, viêm túi lệ 369
Tật khúc xạ 370
Mộng thịt 372
Chắp lẹo 373
Mắt và nghề nghiệp 374
Phòng chống mắt hột 375
Viêm kết mạc 382
Viêm loét giác mạc 385
Viêm mống mắt - viêm mống mắt thể mi - viêm màng bồ đào 388
Cơn glôcôm cấp 389
Đục thể thuỷ tinh 391
Khô nhuyễn giác mạc 393
Ung thư võng mạc 394
Viêm tổ chức hốc mắt 395
Chấn thương mắt 397
Bỏng mắt 398

s://myhanoi.com.vn/

Nhãn viêm đồng cảm 400
Mù mắt 401
Các thuốc thường dùng trong nhãn khoa 402

Phần

TAI MŨI HỌNG

Tai 407
Mũi và xoang 416
Họng 424
Thanh quản, thực quản, khí phế quản 429

Phần

RĂNG HÀM MẶT

Mọc răng và thay răng sữa 439
Sâu răng 440
Viêm lợi cao răng 441
Tai biến do răng khôn 442
Viêm tấy sàn miệng 443
Cam tẩu mã 444
Viêm tuyến mang tai 445
Gẫy xương hàm dưới 446
Gẫy xương hàm trên 447

Phần

DA LIỄU

Bệnh nấm da 451

s://myhanoi.com.vn/

Bệnh lang ben 452
Bệnh vẩy rồng 453
Nấm Epidermophytie 454
Bệnh nấm Trichophyton Rubrum 457
Bệnh Microsporie 459
Bệnh Trichophytie 460
Nấm tóc 461
Bệnh lao da 464
Bệnh lupus đỏ 472
Bệnh Herpes 477
Mày đay 479
Bệnh vẩy nến 483
Dị ứng thuốc 489
Bệnh zôna 493
Bệnh hạt cơm 495
Viêm niệu đạo không do lậu 498
Nhọt, hầu bối 501
Bệnh chốc 503
Bệnh chàm 505
Bệnh ghẻ 509
Bệnh phong 511
Bệnh giang mai 520
Bệnh lậu 527
Bệnh AIDS 531

Phần
THẦN KINH

Một số nguyên tắc chẩn đoán và điều trị thần kinh 545
Các trạng thái bệnh cấp cứu ở thần kinh 548
Trạng thái hôn mê 549

s://myhanoi.com.vn/

Trạng thái động kinh và cơn động kinh liên tục 551
Hội chứng tăng áp lực trong sọ 552
Hội chứng não cấp, viêm não B ở trẻ em 554
Hội chứng viêm não ở người lớn 556
Cơn nhược cơ cấp 558
Viêm tuỷ cấp 559
Các chứng bệnh thường gặp ở thần kinh 561
Áp xe não 561
Bại liệt 562
Bệnh Parkinson 562
Chảy máu màng não 563
Chảy máu não 564
Chảy máu não - màng não 564
Co giật 565
Đau nhức ở thần kinh 565
Đau nhức đầu 566
Đau nhức nửa đầu 568
Đau nhức nửa mặt 569
Đau dây thần kinh hông 570
Đau nhức thần kinh liên sườn 571
Đau vùng gáy, vùng chẩm 572
Động kinh 572
Ép tuỷ 574
Giang mai thần kinh 575
Hôn mê 575
Lao đốt sống 576
Liệt 576
Liệt hai chi dưới 577
Liệt nửa người 578
Liệt nửa mặt 578
Liệt tứ chi 580

s://myhanoi.com.vn/

Liệt các dây thần kinh sọ 581
Loạn thần kinh chức năng 581
Ménière 582
Múa giật 583
Nhược cơ 584
Nhũn não 585
Sang chấn cột sống 585
Sang chấn sọ 586
Tụ máu dưới cứng 587
Tụ máu dưới nhện 587
Tụ máu trong não 588
U não 588
U tuỷ 589
Ung thư đốt sống 589
Ứ nước não 590
Viêm màng não 590
Viêm não 593
Viêm não ở người lớn 594
Viêm nhiều dây thần kinh 594
Viêm nhiều rễ thần kinh 595
Viêm tuỷ 596

Phần
BỆNH TÂM THẦN

Đại cương 599
Phương pháp khám bệnh tâm thần 606
Triệu chứng học tâm bệnh 611
Nguyên tắc điều trị các rối loạn tâm thần 628

s://myhanoi.com.vn/

Bệnh học

Bệnh tâm thần phân liệt 630
Đại cương 630
Nguyên nhân phát sinh bệnh 631
Các triệu chứng lâm sàng 632
Các triệu chứng cận lâm sàng 633
Các tiêu chuẩn chẩn đoán tâm thần phân liệt 635
Điều trị 636
Bệnh tâm căn hysteria 638
Đại cương 638
Nguyên nhân 639
Bệnh sinh 640
Triệu chứng lâm sàng 641
Chẩn đoán xác định 645
Điều trị 646
Phòng bệnh 646
Rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên 647
Đại cương 647
Nguyên nhân 648
Biểu hiện lâm sàng 650
Các thể lâm sàng 651
Các tiêu chuẩn chẩn đoán 652
Chẩn đoán phân biệt 652
Điều trị 652
Phòng bệnh 653
Rối loạn trầm cảm 654
Đại cương 654
Nguyên nhân phát sinh 655
Triệu chứng lẩm sàng 657
Chẩn đoán bệnh 663
Các thuốc chống trầm cảm 664

s://myhanoi.com.vn/

Điều trị 665
Phòng bệnh 669

Phần

Y HỌC CỔ TRUYỀN

Châm cứu học 673
Kỹ thuật thực hành châm cứu 677
Chỉ định và chống chỉ định 685
Kỹ thuật cứu 686
Vị trí tác dụng các huyệt và thủ thuật châm cứu 691
Thuốc nam 714
Chữa bệnh bằng thuốc nam châm cứu 740

s://myhanoi.com.vn/

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

SỔ TAY
THẦY THUỐC THỰC HÀNH
Tập II

Chịu trách nhiệm xuất bản:

HOÀNG TRỌNG QUANG
NGUYỄN THỊ KIM LIÊN

Biên tập:	BS. VŨ THỊ BÌNH
	BS. ĐINH THỊ THU
	BS. NGUYỄN THỊ LAN
	BS. MAI THỊ KIM THANH
Sửa bản in:	VŨ THỊ BÌNH - NGUYỄN THỊ LAN
	ĐINH THỊ THU - KIM THANH
Trình bày bìa:	Cty HAKI

In 1.000 cuốn, khổ 16x24cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.
Giấy phép xuất bản số: 216-96/XB-QLXB ngày 28/01/2002.
In xong và nộp lưu chiểu quý III năm 2002.

om.vn/

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Xuất bản các loại sách

Sách phổ thông y học
Sách giáo khoa y dược học
Sách chuyên đề y học
Từ điển y dược học
sách dịch y học các nước trên thế giới
Sách y học cổ truyền
Sách ngoại văn giới thiệu nền y tế và
y học Việt Nam ra nước ngoài
Tranh tuyên truyền bảo vệ sức khỏe
Các loại sổ sách, biểu mẫu quản lý trong ngành y tế

Địa chỉ giao dịch:
352 Đội Cấn - Hà Nội
Điện Thoại: 7625934 - 7625923
Fax: 7625923

Cửa hàng bán buôn và bán lẻ:
352 Đội Cấn - Hà Nội
Điện Thoại: 7625934

Mã số: $\frac{61 - 615/618}{YH - 2001}$ 115 - 2001

Giá: 97.000đ